

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 326

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

FERNAND BUTIN

Ancien interne des Ambulances Urbaines de la Ville de Paris

Né à Moulins (Allier), le 30 janvier 1869

CONSIDÉRATIONS HYGIÉNIQUES

SUR

LE CORSET

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : { MM. GRANCHER, professeur.
WURTZ, agrégé.
LANGLOIS, agrégé.

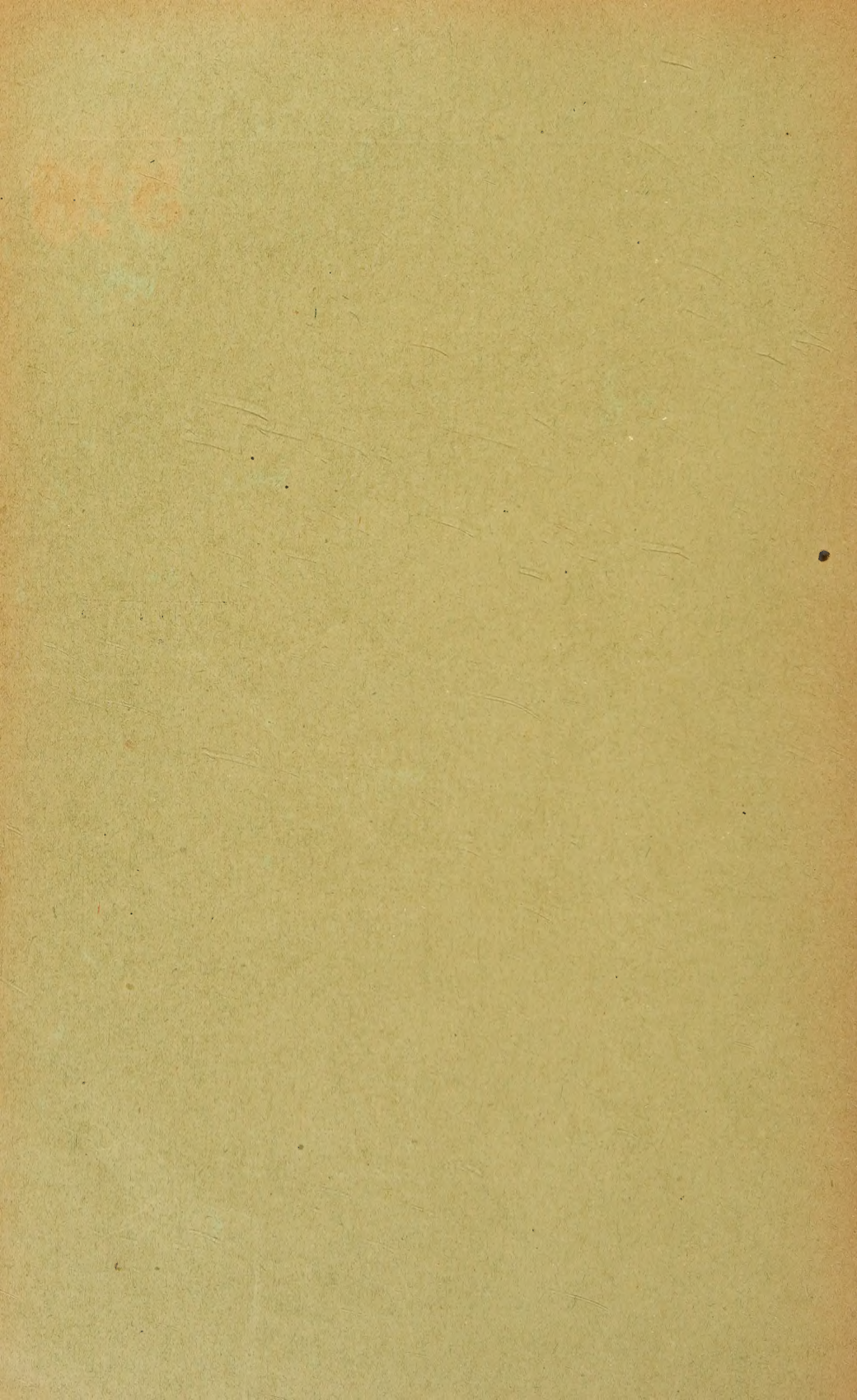
Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23 25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900





Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

526

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

FERNAND BUTIN

Ancien interne des Ambulances Urbaines de la Ville de Paris

Né à Moulins (Allier), le 30 janvier 1869

CONSIDÉRATIONS HYGIÉNIQUES

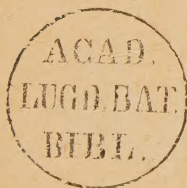
SUR

LE CORSET

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : { MM. GRANCHER, professeur.
WURTZ, agrégé.
LANGLOIS, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23 25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale ...	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale ..	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale ..	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques ..	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale ...	{ TERRIER
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique ..	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous profiterons de l'usage consacré, pour rendre hommage aux maîtres éclairés et dévoués qui nous ont guidé de leurs conseils et de leur expérience, éclairé de leur science. Nous sommes également très heureux de pouvoir remercier tous ceux qui, directement ou indirectement, nous ont aidé dans cette longue et pénible voie.

Nous nous félicitons d'avoir commencé nos études et fait nos débuts à l'hôpital avec le regretté D^r Decès, Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Reims. Le souvenir de cet homme de bien vivra toujours dans notre mémoire. En même temps, nous avons eu le bonheur de pouvoir profiter des leçons d'un jeune

chirurgien, dont la juste renommée, alors naissante, n'a fait que grandir à l'horizon de la science : nous voulons parler de M. le docteur Doyen.

L'année suivante, à la Faculté de Médecine de Montpellier, M. le professeur Tédénat voulut bien continuer notre initiation à la clinique chirurgicale, nous lui en témoignons notre profonde reconnaissance. Le charme et la clarté de son enseignement nous ont beaucoup aidé dans l'étude de la pathologie externe. En même temps qu'il nous intéressait à la chirurgie, M. le Professeur Tédénat ouvrait notre esprit à de nouvelles conceptions philosophiques ; à notre jeune conscience, il montrait le droit chemin du devoir. Sous une direction si large et si nouvelle, nos idées générales se transformaient, en nous germaient une nouvelle compréhension de la vie, plus simple, plus nette et surtout plus indulgente. Cet enseignement influa du reste considérablement et, nous le croyons, heureusement, sur notre avenir.

M. Gillis, professeur d'anatomie à la Faculté de Montpellier, nous facilita singulièrement l'étude de cette science. En continuant à s'intéresser à nos destinées médicales, M. le professeur Gillis nous

a donné une marque d'intérêt dont nous apprécions la valeur.

M. Thibierge, médecin des hôpitaux de Paris, fut pour nous autant un ami qu'un maître. Grâce à ses bonnes leçons, nous sommes arrivés à nous assimiler les principales notions de la clinique médicale; nous ne saurions trop l'en remercier.

Nous avons eu la bonne fortune de passer un an comme interne à l'hôpital de Meaux. Cette année fut très précieuse pour nous, par l'enseignement pratique que nous en avons tiré, sous la direction de chefs de services, comme MM. les docteurs Gravery et Villepelle, anciens internes des Hôpitaux de Paris. Obligé de vaincre, chaque jour, une nouvelle ignorance, une nouvelle difficulté, nos fonctions furent pour nous une occasion de travail et de recherches journalières. En nous faisant opérer, sous sa direction, les cas les plus intéressants de chirurgie d'urgence, M. Gravery nous a certainement rendu un service pratique inappréciable dont nous lui sommes vivement reconnaissant.

M. Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des Hôpitaux, a eu la bonté de nous accueillir dans son service d'accouchement de l'Hôpital Saint-Louis. Ses conseils, ainsi que ceux de son très

distingué interne, M. Gadaut, nous ont beaucoup simplifié la connaissance de cette branche de l'art médical. En mettant à notre portée son érudition et son expérience, en nous initiant aux principes si modernes et si humains, enseignés à la clinique Baudelocque, par M. le professeur Pinard, notre ami M. Raoux, externe des Hôpitaux et moniteur d'accouchement à la clinique Baudelocque, a parachevé notre éducation obstétricale; nous nous souviendrons toujours de cette marque d'intérêt et d'amitié.

Les deux années pendant lesquelles nous avons été attaché en qualité d'internie aux Ambulances Urbaines de la Ville de Paris, ont été fertiles pour nous en enseignements pratiques professionnels. Ces deux années nous furent agréables par les sentiments de franche et bonne camaraderie qui nous unissaient à nos excellents collègues et surtout à nos camarades Bouvy, Ecoffet, Goizet, Ménard, Monod et Sauton, qui furent pour nous des amis bien précieux.

Dans la préface de sa thèse inaugurale, notre ami Jean Monod écrivait en 1899 : « Ce service pourrait être d'une inappréciable utilité pour la population parisienne, s'il était mieux dirigé et autrement organisé. » Nous nous associons plei-

nement à cette très juste appréciation, et nous ajoutons : « Rien ne manque cependant, le matériel est suffisant, le dévouement et l'instruction professionnelle des internes ont fait maintes fois leurs preuves. Une seule chose reste à désirer : la direction de ce service par un de nos maîtres des hôpitaux. Alors, les internes deviendront, pour leur chef qu'ils estimeront, autant de collaborateurs dévoués. Espérons pour les Parisiens que cette réforme sera bientôt réalisée. »

Nous devons beaucoup à notre maître et ami, M. Rieffel, chirurgien des Hôpitaux, chef des travaux pratiques d'Anatomie à la Faculté de Médecine, qui n'a cessé, pendant sept années, de nous donner les marques les plus grandes, d'estime, d'intérêt et d'amitié; nous lui adressons tous nos remerciements.

Nous offrons à notre vénéré maître, M. le professeur Cornil, l'expression de toute notre reconnaissance. En nous choisissant d'abord comme secrétaire particulier, puis en s'intéressant avec autant de bonté à nos études, cet excellent maître nous a donné d'incalculables marques d'affectueux intérêt. En acceptant de présider cette thèse, M. le professeur Cornil nous a fait, de plus, un insigne honneur; nous le prions d'agréer, ici, le

public hommage de nos sentiments de gratitude
les plus émus et les plus sincères.

.
.

Avant de terminer cette préface, nous avons un
autre devoir à remplir : remercier tous ceux qui,
en s'intéressant à nous, nous ont permis de mener
à bien cette double tâche : terminer nos études
médicales et remplir nos devoirs de jeune chef de
famille.

En nous accueillant si favorablement sur la
terre Algérienne, M. Knœrtzer s'est acquis un
titre à notre meilleur souvenir.

Mme Dromer, M. Eck, M. Charles Marq et
M. André de Joncières nous ont aidé dans les
moments difficiles. Nous leur adressons l'hom-
mage de nos meilleurs remerciements et de notre
affectueux dévouement.

M. Christian, Directeur de l'Imprimerie Natio-
nale, et M. Hyérard, Directeur du Cabinet de
M. le Préfet de la Seine, nous ont donné de pré-
cieux témoignages de l'intérêt qu'ils nous portent.
Nous les en remercions de tout cœur.

A ces noms aimés, nous ajouterons celui de
notre ami Monthus, interne des Hôpitaux, qui fut
toujours si bon et si serviable pour nous.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le D^r Pupin, le très sympathique Secrétaire de la Faculté de Médecine, dont nous avons mis si souvent à l'épreuve l'inépuisable complaisance.

Nous remercions notre camarade Lapierre, pour les dessins si érudits et si clairs qu'il a bien voulu faire pour cette thèse, dont le grand artiste Henri Boutet a eu la bonté d'illustrer la couverture.

Notre éditeur, M. Maloine, a toujours été complaisant pour nous et nous a toujours marqué beaucoup de sympathie, nous lui en sommes très obligé.

Notre graveur, M. Decaux, et notre imprimeur, M. Schlæber, nous ont beaucoup facilité notre tâche matérielle; nous les prions de recevoir nos meilleurs compliments.

.
.

En terminant, nous tenons à dire que nous ne pensons pas, parce que nous avons précisé nos dettes de reconnaissance, nous en être acquité pour cela. Toujours, nous nous souviendrons de ceux qui, pendant ces années difficiles, nous ont aidé de leur savoir, de leur influence, de leur affection, de leur argent. En nous guidant de

leurs conseils et de leurs exemples nous nous efforcerons de pratiquer avec conscience la noble profession de médecin que nous avons choisie, nous souvenant des belles paroles de M. Rousse :
« Il faut aller devant soi, les mains ouvertes à toutes les souffrances, les yeux fermés à toutes les fautes. »

INTRODUCTION

Ce n'est pas sans une grande appréhension, que nous avons abordé ce sujet du corset, qui, au premier abord, peut paraître un peu « à côté » des sciences médicales proprement dites. Mais un examen sérieux de cette question et des très graves problèmes de physiologie, de pathologie et d'hygiène qu'elle soulève, nous a montré qu'il n'en était rien, et que ce sujet était absolument médical. Les recherches que nous avons dû faire nous ont affermi dans cette idée.

Il serait du reste absolument puéril et déplacé de nier ou de considérer comme négligeable l'importance médicale d'un sujet sur lequel les A. Paré, Buffon, Winslow, Sœmmering, Cruveilhier, Sappey, Testut, Hayem, Proust, Pinard etc., se sont longuement étendus.

Certes, nous n'avons pas la prétention de supprimer le corset ni d'entreprendre une campagne contre sa suppression. L'Histoire est là pour montrer le néant de ces tentatives qui ont toujours misérablement échoué.

Les conclusions de la thèse de Mme le Dr Tylicka partent d'un bon naturel. La condamnation absolue du corset est conforme aux lois de l'hygiène ; mais cette condamnation absolue est parfaitement vaine et inutile.

Nous ne prétendons pas non plus apporter la solution du problème en présentant un type quelconque de corset « hygiénique » qui serait une panacée. Outre la suspicion de mercantilisme, toujours possible avec ces sortes de tentatives, nous croyons qu'un seul individu, quelle que soit son autorité, est absolument impuissant à imposer un modèle quelconque à une génération, nous pourrions même dire à l'humanité entière.

Notre désir, est d'essayer de faire, pour le corset, ce que d'autres on fait pour l'alcoolisme. Nous désirons, en résumant l'histoire des méfaits du corset trop serré, en exposant ses lésions les plus fréquentes, pousser un cri d'alarme qui soit entendu des mères de famille, des hygiénistes et surtout des éducatrices de la jeunesse.

Quand les jeunes filles connaîtront bien les méfaits du corset mal compris et trop serré, elles n'en abuseront plus ou, tout au moins, en abuseront moins. Elles n'en seront plus les premières victimes, elles cesseront d'être les martyres d'une coquetterie néfaste. Elles élèveront leurs enfants dans les mêmes idées. Mais pour cela, il importe que l'éducation et l'instruction hygiéniques soient faites et que les éducatrices comprennent et mettent en pratique la parole de Fonssagrives :
« *Elever une jeune fille, c'est former une mère.* »

DIVISION

Dans un premier chapitre, nous passerons en revue la partie historique de la question. Nous suivrons le corset et ses multiples transformations, depuis ses origines antiques jusqu'à nos jours.

Ensuite nous dirons les différents avis des médecins et des hygiénistes sur le corset et ses inconvénients.

Nous étudierons successivement et en détails ces inconvénients, en y joignant les quelques observations qui nous sont personnelles.

Nous terminerons en examinant les différentes solutions proposées.

Enfin, dans une conclusion, nous dirons quels sont les moyens qui nous semblent les plus propres à enrayer les méfaits du corset et atténuer les mauvais effets résultant de son usage et de son abus.

HISTORIQUE

Dans les *Études historiques et médicales sur l'usage du corset*, le Dr Bouvier a très bien résumé l'histoire du corset.

« On peut, dit-il, résumer l'histoire du corset en cinq périodes :

: « La première époque est celle de l'antiquité, des bandes ou *fasciæ* des dames grecques et romaines.

« La deuxième comprend les premiers siècles de la monarchie française, une grande partie du Moyen Age, pendant laquelle le costume des femmes ne présente rien de fixe qui soit comparable au corset, période de transition, qui participe de la précédente et de la suivante, par l'abandon d'abord incomplet des bandelettes romaines et par l'usage commençant plus tard des corsages justes au corps.

« La troisième époque, qui embrasse la fin du Moyen Age et le commencement de la Renaissance, est marquée par l'adoption générale des robes à corsage serré, tenant lieu de corsets.

« La quatrième est celle des corps baleinés; elle s'étend du milieu du xvi^e siècle à la fin du xviii^e.



Fig. 1

« Enfin, la cinquième époque est celle des corsets modernes. »

Nous ajoutons : nous souhaitons une sixième et dernière époque « celle du corset normal, conforme aux exigences de l'hygiène. »

Dans notre « historique », nous allons revoir en détail ces différentes périodes.

Antiquité

Les Anciens n'avaient pas de corset proprement dit ; mais déjà Homère parle de ceintures ou *stethodesmes* (fig. 1).

Ce *stéthodesmie* n'était, en somme, qu'une bande analogue à nos bandes d'hôpital, que les femmes grecques enroulaient plusieurs fois autour du corps.

L'*Anamaskalister* (fig. 2) était une sorte de brassière passant sous les seins et sur les épaules. On peut le voir, au musée du Louvre, sur une statue orientale de la Vénus de Smyrne. Les Grecs avaient encore le *Mastodeton* destiné à soutenir les seins trop volumineux.

Chez les Latins, ces ceintures portèrent les différents noms de *fascia*, *mamillare*, *tœnia*, *strophium*, qui, destinées à soutenir les seins, s'appliquaient directement sur la peau, immédiatement au-dessous des seins. Les auteurs de cette époque avaient déjà remarqué que ces ceintures meurtrissaient et déformaient les chairs ; à

cause de cela, certaines d'entre elles, comme le mamillare, étaient particulièrement réservées aux esclaves et aux femmes de basse condition.



Fig. 2

Le *cingulum*, le *capitium*, le *cinctus*, le *zona* étaient des bandes qui s'appliquaient non plus sous les seins, mais à la ceinture et sur les vêtements. Notre figure 3

représente le zona dont se servaient les jeunes vierges grecques et romaines. Homère, Ovide, Martialet Catulle en font mention dans leurs écrits.



Fig. 3

En France

Les auteurs de l'époque Gallo-Romaine ne nous ont laissé aucun document sur cette question. Après l'invasion des Gaules par les troupes de César, les Gauloises acceptèrent les vêtements des Romaines comme elles en subirent les autres coutumes.

Un journal anglais, *The Lancet*, rapporte l'intéressante légende suivante :

« Un barbare mari du ^{xiii}^e siècle ne trouva rien de mieux, pour punir sa femme, que de la comprimer entre deux étaux qui l'empêchaient de reprendre souffle. D'autres maris suivirent bientôt ce terrible exemple et enfermèrent leurs femmes dans ces prisons portatives. Les femmes ne voulurent pas céder, s'habituaient, par coup de tête et petit à petit à leur *carcere*, le modifièrent. et d'une punition barbare, firent par esprit de contradiction et pour se conformer aux lois de la mode, le corset actuel, que portent également, sans vouloir en reconnaître les inconvénients, grandes dames comme femmes du peuple. »

Cette légende fait honneur à l'imagination de son auteur. Nous ne la citons qu'à titre de curiosité. Car il est bien évident que les Gallo-Romaines adoptèrent la mode Romaine qui se continua sous les Mérovingiens et les Carolingiens.

Vers le milieu du ^{xiii}^e siècle apparut « le corset »,

sorte de corsage lacé, commun aux deux sexes, et dont fait mention le sire de Joinville dans ses écrits. Sous Charles V, le nom de corset désignait des vêtements divers pouvant tous se ramener à un corsage lacé.

Jusqu'à la fin du ^{xv}^e siècle, les femmes portèrent ces « surcots lacés ». A cette époque, elles commencèrent à le border d'acier et à le doter d'un busc ou « coche » placé sur le devant.

A la fin de ce siècle, les surcots furent délaissés et remplacés par la *basquine* ou *vasquine*, sorte de corset de grosse toile avec un busc en bois ou en acier; par devant, ces basquines étaient souvent garnies de fils de laiton. A cette époque apparut aussi le *vertugadin*, sorte de bourrelet placé sur les hanches; le but de cette « vertugade » était de faire « baller » la robe.

Un fait admis par tous les auteurs est l'importation par Catherine de Médicis (1519-1589) des « corps » à baleine qu'elle rapporta d'Italie. La taille excessivement mince fut alors à la mode et beaucoup de femmes en arrivèrent à porter de véritables cuirasses métalliques dont notre figure 4 donne une idée; elle montre une jeune femme portant un de ces corsets métalliques dont on peut voir des spécimens au musée de Cluny et au musée Carnavalet.

Les hommes sensés de cette époque, les médecins et les philosophes furent unanimes à les blâmer. Montaigne écrit :

« Le corset était une sorte de gaine qui emboîtait la poitrine depuis le dessous des seins jusqu'au défaut des

côtés et qui finissait en pointe sur le ventre... Pour faire un « corps » bien espagnol, quelle gehenne ne souffrent-



Fig. 4

elles pas, guindées et sanglées avec de grosses « coches » sur les costes jusqu'à la chair vive. Oui, quelquefois à en

mourir. Et Ambroise Paré, qui avait vu sur la table de dissection de ces jolies personnes à fines tailles, lève le cuir et la chair et nous montre leurs costes chevauchant les unes par dessus les autres. »

Sous Charles IX, on voit *les corps piqués*, sorte de cuirasse piquée en tissu inextensible et très résistant.

Le règne de Henri III (1574-1589) fut le plein épanouissement des basquines, corps à baleine, et des vertugadins. Ces vertugadins, destinés, comme nous l'avons dit, à arrondir la taille, furent les ancêtres des *crinolines* et des *tournures*. Henri III imagina même une ridicule modification de cet appareil et construisit le *panseron*, corset moins serré à la taille mais très grossi et busqué du bas, ce qui donnait aux femmes qui le portaient l'apparence de la grosseur.

Sous Henri IV, on ajouta au corset des « *sangles* » destinées à en augmenter la constriction.

Ainsi modifiée, cette pièce du vêtement devint si nuisible, qu'Henri IV rendit plusieurs arrêts pour en interdire l'usage. En 1619, le Parlement d'Aix promulgua contre le corset un édit rigoureux auquel il y eut, naturellement, de nombreuses contraventions.

Toutes ces lois ainsi que les instances des médecins et des philosophes, eurent un commencement d'effet : les corsets se portèrent un peu moins serrés.

Malheureusement, cette amélioration ne dura pas. Avec Louis XIV, vers 1643, la mode revint de serrer les corsets qui prirent le nom de « *justes-au-corps* » ; notre figure 5 donne une idée très nette de ces justes-au corps

qui étaient des corsets terminés, devant et en bas, par une pointe arrondie, bombés sur les seins par des baleines ; un busc s'étendait en avant de haut en bas.

Mme de Sévigné écrivait, en parlant d'une jeune fille : « Il lui faut un petit corps un peu dur qui lui tienne la taille ». Pauvre jeune fille !

En 1641, Mme de Montespan mit à la mode les robes « *ballantes* », vêtements sans ceinture. Le corset ne se portait presque plus. Cet âge d'or ne dura pas, le corset réapparut avec Mme de Maintenon ; il s'entr'ouvrit par devant, on appela cette échancrure « *la gourgandine* ».



Fig. 5

A l'époque de Louis XIV, le corset cessa d'être fait par les tailleurs et devint l'apanage des couturières qui l'améliorèrent un peu, en le faisant plus court et de tissu

plus souple. Malgré cela, surtout sous Louis XV (fig. 6), le corset resta très serré; c'est certainement lui qui fut la



Fig. 6

cause de ces « vapeurs » ou syncopes si fréquentes à cette époque.

De Goncourt a dit à ce propos :

« Tout le siècle s'est élevé contre cette mode du *corps*



Fig. 7

que les femmes ne veulent pas abandonner à aucun prix. C'est une véritable croisade, depuis les remarques de l'Arétin moderne jusqu'aux observations de l'anatomiste Winslow, depuis les objurgations du bonhomme

Métra, jusqu'à l'*Avis* de Reisser sur les *corps baleinés*, jusqu'aux plaintes du chevalier de Jaucourt, dans l'Encyclopédie. Pendant tout le siècle, on attaque le *corps*, on le fait responsable de la mort d'un grand nombre d'enfants, de la mort de la duchesse de Mazarin. Les corps les plus à la mode étaient les corps à la grecque, d'abord à cause de leur nom, puis pour leur bon marché, quoiqu'ils fussent très dangereux, parce que les baleines ne montaient qu'au-dessous de la gorge et pouvaient la blesser. »

Buffon et Jean-Jacques Rousseau unirent leurs efforts à ceux de Winslow pour obtenir une amélioration du corset ; ils n'obtinrent que la diminution du nombre des buscs qui s'abaissa à deux.

Ci-contre (fig. 7) la représentation du *corps* figuré dans l'encyclopédie de Diderot.

En même temps que les titres, les abus, les privilèges, la Révolution de 1792 supprima le corset qui fut considéré, à cette époque, comme symbole de l'ancien régime et « séditionnel ».

L'antiquité fut en honneur, on revint au *zona grec* dont la ceinture Directoire (fig. 8) fut une imitation.

Malheureusement, à la fin du premier Empire, les corsets lacés revinrent à la mode ; ils se composaient (fig. 9) de différentes pièces rapportées et étaient lacés en arrière et aussi par devant, comme le montre notre figure représentant un corset « à la Ninon », la grande mode de l'époque.

Sous Charles X, ces corsets conservèrent la même forme, mais la mode était de les serrer au maximum.

En 1830, le corset, devenant plus élégant, devient aussi plus souple (fig. 10), il se lace en arrière « à la paresseuse », car ce fut en 1830 qu'apparut ce mode de laçage



Fig. 8

encore en usage de nos jours, qui permet à la femme de



Fig. 9

mettre son corset seule et qui lui permet aussi, trop souvent, hélas ! de se serrer avec excès.

Sous le second Empire, le corset s'adaptait au bas des



Fig. 10

côtes. Il avait la forme représentée par notre figure 11.
Il était muni de goussets pour les seins.

Aussitôt après la guerre apparut le busc poire fig. 12),



Fig. 11

qui donnait au corset un aspect orthopédique. Ce corset remontait les seins. Il fut à son apogée en 1880.

Enfin, depuis quelques années, on a adopté un modèle se rapprochant du « *juste au corps* » comme forme générale.



Notre figure n° 13, due au talent de Mme Lami, indique bien la forme du corset moderne, dans lequel on s'est efforcé surtout de supprimer la cambrure antérieure. C'est le corset droit devant. Ce corset comprime moins l'estomac et les côtes, mais il empêche complètement les mouvements de flexion en avant.



Fig. 13

A l'Étranger.

Les Grecques et les Italiennes ont toujours porté des ceintures ou des corsets. Ce furent les Italiennes qui nous dotèrent du premier corset baleiné, introduit en France par Catherine de Médicis.

L'Espagne est un heureux pays où les femmes, surtout celles du peuple, ont toujours eu le corset en horreur, aussi leur taille est elle d'une grande souplesse. La beauté du buste des espagnoles suffirait d'argument probant en faveur de la suppression du corset. Disons cependant que les Espagnoles de condition aisée commencent à adopter les modes de Paris; il est à craindre que le port du corset soit imité par les femmes du peuple.

Les Anglaises ont toujours été ferventes du corset; elles ont, à ce sujet, suivi à peu près les mêmes modes et coutumes que les Françaises. Chez elles, le corset trop serré fait subir ses effets pernicieux habituels, ce qui a fait écrire à l'un de leurs médecins :

« On n'interdira la fabrication et la vente de cet instrument que le lendemain du jour où l'une des princesses de la famille royale sera morte pour l'avoir porté ».

Par contre, Mme Tylicka dit dans sa thèse de doctorat : « En Pologne, où nous connaissons personnellement le costume des villageoises, les paysannes, jeunes

et âgées, remplacent le corset par un corsage sans manche, décolleté, fait de toile très forte et boutonné par devant. Il suffit tout à fait pour soutenir les seins plus ou moins grands ».

En Allemagne, en Suisse, en Hollande, en Autriche, le corset a toujours été en honneur. Depuis Sæmmerrings, les médecins de ces différents pays luttent en vain contre cet ennemi de la beauté et de la santé.

Le Dr Monin a conté avec sa verve habituelle une phase curieuse de l'importation du corset en Amérique : « Sait on quelle est la branche qui a le plus bénéficié de l'abolition de l'esclavage au Brésil ? C'est le commerce des corsets.

Le décret d'abolition n'était pas plutôt promulgué que toutes les dames et les demoiselles émancipées se précipitaient en masse compacte chez les corsetières pour se procurer à tout prix cet objet de toilette intime.

Il est bon de dire que le port du corset était, de temps immémorial, interdit aux femmes esclaves.

Cet instrument de torture qui écrase la gorge et vous fait le foie comme une gourde, était, de par la loi, monopolisé par les femmes libres. Il avait donc pour les femmes esclaves tout l'attrait du fruit défendu.

Les corsetières du Brésil n'ont pas vendu, en trois jours, moins d'un demi-million de corsets. »

S'il faut en croire Larousse, le corset parfait existe aux Indes :

« Certes, dit-il, nous ne proscrivons pas ce vêtement si nos dames pouvaient imiter la bayadère de l'Inde.

C'est elle, en effet, qui a adopté la mode la plus convenable à la santé, et à la fois la plus charmante et la plus voluptueuse. Son *corset* est fait de l'écorce d'un arbre de Madagascar, et disposé de façon que chaque sein s'emboîte exactement dans son enveloppe ; mais écoutez : la couleur ressemble tellement à la peau, que l'œil trompé croit voir une gorge nue ; l'étoffe en est si fine, que le toucher le plus délicat ne peut distinguer l'enveloppe d'avec la partie qu'elle cache ; enfin, l'élasticité dont elle est douée permet aux mouvements respiratoires de s'effectuer librement.

Les bayadères ne quittent jamais ce *corset* ; elles le gardent même dans leur lit, et conservent ainsi la beauté et la délicatesse de leurs seins jusqu'à un âge très avancé ».

Nos explorateurs ont trouvé en Afrique le corset rudimentaire identique au stéthodesme grec et à la fascia latine. C'est un « bienfait de la civilisation » qui n'a pas encore été exporté par les « civilisateurs », comme l'alcool et la poudre à canon ; cela viendra certainement.

Opinions diverses des Médecins et des Hygiénistes sur le Corset.

Galien dans son livre sur *les causes des maladies* (chap. 7), attribue aux anciennes fascies, certaines déviations :

« Dans le but, dit-il, d'augmenter le volume des régions des hanches et des flancs, par rapport au thorax, on met aux jeunes filles des bandes qu'on serre fortement sur les omoplates et tout autour de la poitrine, et comme la pression qui en résulte est souvent inégale, le thorax devient proéminent en avant, ou la région opposée devient gibbeuse. Il arrive encore quelquefois que le dos est, pour ainsi dire, brisé et entraîné de côté de sorte qu'une épaule est soulevée, saillante et en tout plus volumineuse, tandis que l'autre est affaissée et aplatie. Tous ces vices de conformation du thorax sont dus à la négligence des nourrices qui ne savent pas appliquer un bandage exerçant une pression uniforme. »

Ce passage des œuvres de Galien est d'un haut intérêt, parce qu'il prouve que déjà, dans l'antiquité, les méde-

cins se préoccupaient des inconvénients de cette partie du vêtement.

Ambroise Paré attribue au « *corps* » de son époque « l'abaissement et le rapprochement des côtes inférieures, leur chevauchement ».

Winslow, Buffon et Sœmmering combattirent le corset avec énergie.

M. Debay rapporte que Cuvier conduisit un jour une jeune dame pâle et chétive au Jardin des Plantes. La dame s'étant arrêtée pour admirer une fleur au port gracieux, aux brillantes couleurs, le savant lui dit : « Naguère, madame, vous ressembliez à cette fleur, et demain cette fleur vous ressemblera. » En effet, le lendemain, Cuvier ramena la dame, qui poussa un cri en apercevant la jolie fleur de la veille, pâle, courbée, languissante ; elle en demanda la cause et l'illustre professeur lui répondit : « Cette fleur est votre image, comme vous elle languit sous une cruelle étreinte », et il lui montra une ligature circulaire qu'on avait pratiquée sur la tige de la fleur : « Vous vous fanerez de même, ajouta-t-il, sous l'affreuse compression de votre corset ; vous perdrez peu à peu les charmes de votre jeunesse, si vous n'avez pas assez d'empire sur la mode pour abandonner ce dangereux vêtement. »

M. Serres, professeur au Museum, a écrit :

« Le corset refoule la masse intestinale en bas ; l'utérus, organe flottant, est lui-même refoulé par les intestins et sans cesse déplacé. De là, les affections terribles

de cet organe si fréquentes à Paris que bientôt les médecins n'y pourront plus suffire.

Le professeur Delpech poussa lui aussi un cri de détresse : « Que de maux dans un corset, que de morts dont il est cause ! »

Au siècle dernier, le D^r Platner fut partisan du corset. Le D^r Le Brand le conseilla même pour les enfants à condition qu'il puisse se changer de côté chaque jour :

« Avec cette précaution, dit-il, le « *corps* » ne se moulera pas sur le corps de l'enfant, et n'en prendra pas la figure ; la baleine perdant le lendemain le mauvais pli qu'elle avait pris la veille. »

Il nous faudrait un volume pour citer toutes les opinions des médecins qui ont écrit sur cette question. Nous citerons cependant, à cause de leur haut intérêt, les avis de plusieurs des médecins et hygiénistes contemporains.

Commençons par rapporter l'avis de l'un des plus convaincus partisans du corset, le D^r Bouvier :

« Nous avons entendu naguère, dit-il, notre vénérable maître, M. le professeur Roux, s'écrier, avec l'accent d'une conviction profonde, que : « Tous les hommes devraient porter un suspensoir. » Ne peut on pas dire à aussi juste titre que : « Toutes les femmes adultes, pour peu qu'elles aient un embonpoint normal, devraient porter un corset, vrai suspensoir des glandes mammaires, non moins exposées à des secousses et à des tiraillements dangereux. »

Le D^r Lutaud est, lui aussi, un champion du corset :

« C'est là un véritable soutien pour la femme, qui constitue, en quelque sorte, comme le dossier d'une chaise, contre lequel toute la partie supérieure du corps se repose. Le corset est un accessoire indispensable pour soutenir les jupes, jupons, tous les vêtements inférieurs de la femme, vêtements dont le poids total atteint sept, huit kilogs, davantage même depuis que le juponage a pris tant d'importance. Comment maintenir toute cette masse si l'on n'avait le corset ? Ce ne pourrait être que par des cordons, qu'il faudrait forcément serrer beaucoup, ce qui ne manquerait pas de blesser la taille. »

Le D^r Félix Regnault pense que le corset est très bon comme ceinture :

« Il n'est pas mauvais de se serrer l'abdomen. En dehors de l'utilité de cette pratique en temps de famine, en dehors même de l'usage thérapeutique de la ceinture hypogastrique (ceinture de Glénard pour la gastropse, l'enteroptose, etc..., etc...), ne voyons-nous pas les hommes habitués aux exercices physiques se ceindre la taille de la ceinture de gymnastique. Aussi est-ce avec raison, que M. Charles Blanc nous dit, dans *l'Art de la parure et dans le vêtement*, que les races agiles, les Basques, les Espagnols, les Corses et, en général, les peuples montagnards, se ceignent les reins et n'en sont que plus propres à la marche et aux fatigues.

Les Romains appelaient *alte cinctus*, ceint haut, l'homme courageux, prêt à l'action et *distinctus* l'indolent, l'énervé, le soldat sans cœur. « Méfiez-vous, di-

sait Sylla en parlant de César, de ce jeune homme à la ceinture lâche ».

En contractant le volume des viscères, la ceinture les rend plus faciles à porter. Elle est à l'homme ce que la sangle est au cheval.

La ceinture hypogastrique semble donner un appui utile aux muscles abdominaux. C'est un usage général de serrer les muscles auxquels on veut donner le maximum de force; ainsi les portefaix mettent à leur poignet un anneau de cuir.

« Quelle que soit du reste l'explication qu'on veuille donner à ce fait, en tant que ceinture serrant modérément le ventre, le corset est donc utile. »

M. Hayem ne partage pas cet optimisme pour le corset qu'il accuse, lorsqu'il est trop serré, d'être la cause d'un nombre considérable d'affections, parmi lesquelles : le mal de Pott, le déjettement des côtes en dehors et leur enfoncement de la cinquième à la neuvième, l'étranglement et les tumeurs du foie, la péritonite chronique, etc.

M. le Dr Guiraud, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, reste, croyons nous, dans une très sage limite d'appréciation, très clairement notée dans son *Manuel pratique d'Hygiène, 1906* :

« C'est principalement le corset chez les femmes, dit M. Guiraud, qui a été accusé de nombreux méfaits. Les reproches de toutes sortes qu'on lui a faits ont été peut-être un peu exagérés. Quelques-uns cependant paraissent mérités. Il est incontestable qu'il comprime l'estomac, abaisse le foie et est peut-être la cause de certains

troubles de la digestion. Il s'oppose à la libre dilatation de la partie inférieure de la cage thoracique. C'est en partie à son usage qu'est due la prédominance de la respiration costo-claviculaire chez la femme.

Toutefois, il ne faudrait pas aller trop loin ; c'est l'abus des corsets, des corsets trop serrés, bien plus que l'usage, qui doit être incriminé, et un corset bien fait, ne montant pas trop haut, maintenant les organes sans les comprimer, soutenant les seins, tel que ceux que l'on porte actuellement, a plutôt des avantages que des inconvénients ».

M. Paul Langlois conclut d'une façon analogue dans son *Traité d'hygiène publique et privée*, 1900, où il s'exprime ainsi :

« Le corset survit à toutes les attaques et à toutes les dénonciations. Force est donc à l'hygiène de s'occuper de cet engin qu'elle pourrait appeler son ennemi.

Le véritable but du corset est de créer des formes artificielles, de simuler là où il n'y a pas, d'atténuer là où il y a trop. Mais pour arriver à ce résultat, les femmes s'exposent à une série d'accidents.

Par la compression du thorax et le surcroît de travail qu'il impose aux parties supérieures du poumon, le corset peut devenir cause d'emphysème vésiculaire. Par la gêne de la circulation veineuse qui oblige le cœur gauche à des efforts anormaux, il peut être la raison de la dilatation cardiaque ; en tous cas, lorsqu'il y a hypertrophie cardiaque, le corset aggrave la situation.

En comprimant l'estomac, en abaissant le foie, en

refoulant les intestins, les organes génitaux internes, le corset entrave les fonctions digestives et exerce une compression fâcheuse, surtout au moment de la congestion mensuelle.

Sur la question des seins, l'hygiène et l'usage du corset ne se rencontrent pas davantage. Ce n'est certainement pas le corset qui les fait naître, quand il n'y en a pas, et lorsqu'il y en a, il les compromet en ne les laissant pas à leur place naturelle.

Pour être inoffensif le corset doit réduire ses proportions à celles d'une large ceinture destinée surtout à supporter les pièces de l'habillement : il doit s'adapter à la forme des parties qu'il soutiendra sans les comprimer, être doux et élastique, afin que les organes qu'il embrasse conservent leur libre exercice et fonctionnent librement ».

Il était tout naturel que nos modernes Doctoresses s'occupent de cette question du corset qui intéresse leur sexe.

Mme les Doctoresses Gaches-Sarraute et de Griniewitch ont essayé de le perfectionner. Nous étudierons ces essais dans un chapitre spécial.

Mme Tylicka a choisi comme sujet de thèse en 1899 : *Du Corset, ses méfaits au point de vue hygiénique et pathologique.*

Cette thèse est un violent réquisitoire contre le corset ; l'auteur propose la suppression radicale de cet objet et son remplacement « par une brassière de toile forte, ajustée à la taille, descendant seulement jusqu'à la ceinture, boutonnée devant et munie de deux baleines

de chaque côté pour soutenir les seins. » Enfin Mme Tylicka conclut « qu'en cas de maigreur, la femme doit faire usage de bretelles. »

L'expérience a montré combien ces anathèmes et ces décrets de suppression sont vains et stériles.

La simple lecture de ces conclusions montre combien leur auteur est peu parisien. je dirai même peu français. Nous savons tous qu'en France où les femmes ont la légitime coquetterie de l'esthétique de leur vêtement, la proposition de « leur faire porter des bretelles » court grand risque d'être mal accueillie.

Constatons que, cependant, le travail de Mme Tylicka est consciencieux et documenté; il témoigne d'un grand désir d'être utile et de bien faire.

En terminant, nous citerons l'opinion d'un maître en la matière, celle de M. Proust, professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine, qui dit dans son *Traité d'hygiène* :

« Toute compression excessive, en gênant la circulation capillaire, produit, sur les parties du corps où elle s'exerce, des congestions dangereuses et des déformations souvent incurables. Il ne faut pas que la ceinture ou le corset portent jusqu'à l'exagération la finesse de la taille. Il y a une perversion de goût et, disons le, un coupable attentat contre soi-même dans cette application de certaines femmes et même de certains hommes à réduire à un étranglement ridicule et choquant la partie moyenne du corps. La femme mince est loin d'être la femme svelte. Le corset trop serré, trop raidi

par des lames de baleine, détruit la gracieuse ondulation des lignes, rend la marche saccadée, plaque le visage de rougeurs malsaines et surtout, en contrariant le libre jeu des organes respiratoires, paraît être, pour certains auteurs, une cause de phtisie.

Loin de moi, cependant, la pensée de faire au corset un procès trop sévère. Il est indispensable pour assurer le développement régulier des formes, maintenir les jeunes personnes dans l'habitude de se tenir droites et de ne pas s'abandonner à une liberté d'allure très nuisible à la beauté. »

L'autorité de leur auteur donne à ces conclusions une grande valeur. Contrairement à l'opinion de Mme Tylicka, nous les trouvons très justes, très pratiques.

.....

De cette étude comparée des différentes opinions médicales sur le corset, il résulte clairement que, si presque tous les auteurs reconnaissent l'utilité d'une ceinture pour soutenir les vêtements inférieurs de la femme, tous sont unanimes à constater que le corset trop rigide et trop serré a pour effet de multiples altérations organiques et fonctionnelles. Dans les chapitres qui suivent, nous allons étudier en détail ces altérations.

Déformations produites par le Corset sur le système osseux et le système musculaire.

Charpy (Revue d'Anthropologie 1884) dit : « Ce n'est pas chose facile de trouver des poitrines de femmes de 25 à 30 ans, qui ne soient pas déformées par le corset ou les vêtements. »

La déformation du thorax par le corset est en effet le plus constant des effets de cet instrument. Ambroise Paré a écrit que « De mille filles villageoises, on n'en trouve pas une de bossue, à raison qu'elles n'ont eu le corps astreint et trop serré. » Bonnaud (Dégradation de l'espèce humaine par les corps à baleine, 1770), a exprimé la même idée : « Les bossues, les bancroches, les rachitiques, toutes les personnes mal construites et mal bâties ne sont communes que dans les grandes villes où l'on a la coupable manie d'emmailoter les enfants et de les mettre ensuite à la presse dans des corps à baleine. »

Testut nous apprend que le thorax s'accroît surtout au moment de la puberté, c'est-à-dire à l'époque où la

jeune fille commence à user et même à abuser du corset, ce qui a pour résultat naturel d'entraver ce développement qui se fait anormalement. Cet accroissement se fait chez la femme jusqu'à vingt-cinq ans ; comme on le voit, il coïncide avec la période de la vie de la femme ; où celle-ci a le plus de tendance à vouloir se déformer la taille en serrant son corset.

Ces déformations ont été étudiées par Dechambre, Cruveilhier, Charpy, Hayem, etc...

Un médecin anglais, F. Dickinson, a même fait à ce sujet, en 1887, une curieuse expérience qui consistait à mesurer la pression du corset sur le corps. Il se servait pour cela d'une poire en caoutchouc reliée, au moyen d'un tube, à un manomètre enregistreur. Dickinson a trouvé que cette pression, toujours notable, était, dans certains cas, considérable. Malheureusement, son système manquait un peu de précision, et les expériences portaient sur trop peu de cas pour que les résultats exacts fussent intéressants à connaître.

Un buste normal est constitué par deux cavités osseuses, le thorax en haut, le bassin en bas, reliées entre elles par la colonne vertébrale en arrière et les muscles droits en avant. Quand la femme est nue, le devant du buste est presque droit en avant, très légèrement incurvé en arrière et en dedans au niveau de la région lombaire. Latéralement les os iliaques font saillie et au dessus d'eux se trouve une dépression. L'ensemble de ce type normal à thorax non déformé est très difficile à rencontrer aujourd'hui. La Vénus de Milo, cette mer-

veille de beauté physique, en donne la plus belle impression. La Vénus de Médicis (fig. 14), cet autre spécimen



Fig. 14

d'art plastique en fournit aussi un bel exemple, bien indiqué par notre dessin, (emprunté à la collection du



Fig. 15

Magasin pittoresque 1833); à côté, le squelette laisse voir les os dans leur position naturelle. La figure n° 15 montre la disposition osseuse et l'apparence d'un thorax de jeune femme qui a longtemps porté un corset trop serré. Au niveau du maximum de constriction, la paroi antérieure est rapprochée de la paroi postérieure. Les cinq ou six dernières côtes sont repoussées en dedans et en haut. Les cartilages costaux sont refoulés en haut et rapprochés les uns des autres en même temps que de ceux de l'autre côté. L'angle fait par la série des cartilages gauches, avec la série des cartilages droits, diminue considérablement. Cet angle, qui mesure chez la femme une moyenne de 75°, finit même dans certains cas par disparaître complètement, comme Cruveilhier l'a observé chez une femme âgée qui, depuis l'âge de la puberté, se serrait dans son corset.

Il existe chez les femmes qui placent leur corset très haut une déformation du thorax un peu différente. Dans ces cas, le maximum de constriction existant un peu au-dessus des dernières côtes, c'est à ce niveau que le thorax se trouve étranglé; alors ces dernières côtes se trouvent refoulées en bas où elles font saillie. Hourman et Dechambre (*Archives de Médecine*, 1835) qui ont bien étudié ce type de déformation, comparent ce thorax ainsi déformé « à ces vases antiques à pied élargi et séparé du reste du col plus ou moins rétréci. »

Mais ce n'est pas seulement le squelette qui est

déformé; les muscles aussi sont atteints, surtout dans leur action physiologique.

En effet, à l'état normal, les muscles droits sont les éléments élastiques de la paroi antérieure du thorax. Quant le corset est appliqué, toute la partie située au-dessous du maximum de striction se trouve presque complètement immobilisée. La contractilité de ces muscles se trouve donc réduite à leur portion située au-dessus de la ligne de constriction ; c'est-à-dire précisément à la portion qui, serrée par le corset, se trouve atrophiée par ce fait, ce qui fait qu'au total toute l'action physiologique de ces muscles est détruite.

Mme Gaches-Sarraute, dans *la Tribune médicale* 1895 et dans son intéressant travail, *le corset*, a bien étudié cette action du corset sur les muscles ; ce point spécial avait été omis par ses prédécesseurs dans cette voie. Mme Tylicka n'en fait pas mention dans sa thèse.

« Lorsque le corset est fixé, dit Mme Gaches-Sarraute, la portion des muscles droits située au-dessous de la taille devient passive et subit les fluctuations que lui impriment les viscères. On peut conclure de ce fait que l'action tout entière des muscles droits est annihilée. Si donc la femme corsetée veut se redresser, elle ne pourra le faire qu'à la condition que son buste tout entier suive le mouvement. Cette expérience est facile à réaliser. Examinez une femme ayant les bras en l'air, une femme qui se peigne avec ou sans corset. Lorsqu'elle n'a pas de corset, vous verrez que le bassin reste fixe et fournit un point d'appui au thorax qui se redresse

sous l'action intégrale de la colonne vertébrale et des muscles dorso-lombaires. Avec le corset, au contraire pour obtenir le même redressement, il faut mobiliser le bassin lui-même, qui suit alors les mouvements du thorax. Le mouvement d'extension du buste, au lieu d'être dû au mouvement d'extension de la colonne vertébrale, située entre les fausses côtes et le sacrum, est effectué par l'extension de l'articulation coxo-femorale. La colonne vertébrale reste rigide, elle n'y participe pas. Donc, le seul fait de changer la paroi antérieure du corps a pour résultat apparent d'incurver le buste, d'en gêner le redressement, de l'immobiliser et de favoriser la propulsion en avant de la masse intestinale. »

A Mme Gaches-Sarraute revient également le mérite d'avoir démontré :

1^o Que : « non seulement le corset atrophie les muscles situés en avant du thorax, mais encore que l'action en arrière du corset s'ajoute à l'action précédente. En diminuant l'action des muscles dorsaux, il gêne le redressement du buste. La partie postérieure du dos s'allonge donc en s'incurvant au détriment de la paroi antérieure qui se raccourcit ».

2^o Que : « si à l'état normal, la cage thoracique se rapproche facilement de la hanche sous l'influence des mouvements de latéralité de la colonne vertébrale, avec le corset ce mouvement est impossible. Les deux cavités osseuses sont maintenues à une distance fixe l'une de l'autre par les armatures rigides et verticales qui composent le corset. Celui-ci prend un point d'appui sur les

côtes et sur les crêtes iliaques, et s'étend de l'une à l'autre à la façon d'une attelle qui les fixerait des deux côtés ».

Les déformations produites par le corset ne sont pas toujours aussi considérables, mais le nombre des jeunes filles qui, par suite de l'habitude de serrer trop leur corset, en sont atteintes, est considérable. La vue seule permet de le constater facilement. Malheureusement, le plus grand nombre ne veulent pas se laisser examiner. Par l'habitude, elles perdent conscience de la pression exercée par leur corset, et M. Hayem croit qu'elles sont de bonne foi quand elles répondent au médecin : « Mais voyez donc, je ne suis pas serrée; on y passerait les deux poings », sans se rendre compte que si elles passent les deux poings, c'est précisément parce que leur thorax a été déformé par des strictions antérieures.

Ces déformations sont faciles à diagnostiquer à la simple inspection du thorax, par la vue du sillon circulaire laissé par la ligne de striction maximum. Quand une jeune fille se vante d'avoir 58, 55, 50 et même 45 centimètres de tour de taille, comme certains mannequins de nos grands couturiers, il est bien facile de diagnostiquer le rétrécissement, si on se rappelle que la Vénus de Médicis a environ 80 centimètres de tour de taille.

Les déformations osseuses et musculaires produites par le corset sont les plus apparentes, mais ce ne sont pas les seules ni les plus graves. Sous l'influence de cette constriction, les poumons, le cœur, l'estomac, le foie, l'appareil génito-urinaire, en subissent la désastreuse

influence. Nous étudierons ces inconvénients dans les chapitres suivants. De ce qui précède, nous pouvons dire que *le corset trop serré produit :*

Une déformation caractéristique du thorax présentant deux types : l'un, plus fréquent, caractérisé par le refoulement des cinq ou six dernières côtes, la disparition de l'angle formé par les cartilages costaux et le sternum ; l'autre, plus rare, par un étranglement siégeant au-dessus des dernières côtes qui sont refoulées en bas.

Quel que soit le type de déformation osseuse, il s'accompagne de déformations musculaires qui annihilent la contractibilité des muscles droits, incurvent la région lombaire de la colonne vertébrale. Cette incurvation en dedans est la conséquence de l'atrophie par compression des muscles du dos.

Influence du Corset sur l'appareil respiratoire.

Sappey a dit de la respiration :

« C'est en vain que l'on chercherait dans l'économie un appareil où l'énergie de fonction soit plus rigoureusement liée au volume des organes ; une poitrine largement développée accuse toujours des poumons volumineux, une respiration puissante, une circulation rapide, une nutrition active, un grand développement des muscles ; elle annonce, en un mot, la plénitude de la vie et la vigueur de la constitution. »

Il en est tout différemment lorsque le thorax supporte la constriction d'un corset. Les poumons, étant comprimés et refoulés, se développent mal, le champ respiratoire est diminué. Les parois thoraciques, le diaphragme et les fausses côtes sont, en partie, immobilisés. Toutes les femmes qui portent un corset trop serré avouent qu'elles ne peuvent respirer à fond. Cette gêne est surtout accusée après les repas, la marche rapide ou la course, etc.

Si la respiration est moins ample, moins active, dimi-

nuée dans la partie inférieure du thorax, comprimée par le corset, au contraire, par compensation, l'amplitude s'accroît en haut, dans la partie non comprimée par le corset ; la respiration prend le *type costo-claviculaire*.

Si ce dernier type de respiration prédomine chez la femme civilisée, la faute en est au corset, qui le détermine par l'opposition qu'il apporte à la libre dilatation de la partie inférieure du thorax.

Beau et Maissait (*Archives générales de Médecine*, 1872) prétendent cependant avoir trouvé le type de respiration costo-claviculaire chez des femmes n'ayant jamais fait usage de corset, et ils écrivent :

« Toutefois, il faut reconnaître que si le corset n'est pas la cause de la respiration *costo-supérieure* de la femme, il fait exagérer les mouvements de ce mode de respiration en empêchant tous les autres mouvements qui pourraient se faire à la base de la poitrine. »

Ainsi, pour Beau et Maissait, la respiration costo-supérieure serait naturelle à la femme, le corset ne ferait que l'exagérer.

Les recherches modernes ont démontré que ces conclusions sont absolument fausses.

Mays, de Philadelphie, en observant un grand nombre d'Indiennes réfractaires, qui n'avaient jamais porté de corset, a vu que chez elles, pendant la respiration, la poitrine se soulève aussi bien en bas qu'en haut.

M. Marey a rendu cette démonstration plus claire encore, au moyen de la chronophotographie. Les photographies faites par M. Marey, sur des femmes ayant

posé leur corset, prouvent, de la façon la plus évidente, que la femme sans corset respire de la même façon que l'homme.

L'un des effets les plus fréquents du corset est donc de déterminer, chez la femme, la respiration costo-supérieure. Il en résulte bientôt un surcroît de travail pour les parties supérieures du poumon, ce qui peut déterminer l'emphysème pulmonaire.

La diminution du champ de l'hématose a pour conséquence une diminution de l'oxygénation du sang. Cet appauvrissement du sang fait de l'organisme un champ de culture tout préparé pour la tuberculose.

Influence du Corset sur l'appareil circulatoire.

Le cœur est moins sensible à l'action du corset que le poumon. Quand le corset est placé, les battements s'accélérent pendant les premiers instants de la constriction, puis ne tardent pas à s'apaiser ; *si le corset n'est pas trop serré*, il ne se passe rien d'anormal. C'est ce qu'a constaté Dechambre sur des jeunes filles de 17 à 20 ans, bien portantes et d'une constitution robuste. Mais, il en est autrement *lorsque le corset est trop serré*. Alors, par la gêne de la circulation veineuse résultant de cette constriction exagérée, le cœur gauche doit faire des efforts anormaux, la dilatation cardiaque peut en résulter. Si le cœur est déjà hypertrophié, le corset vient aggraver la situation.

Ælsner a noté que « le corset gêne la circulation abdominale et celle des membres inférieurs, par suite de la pression du foie sur la veine cave inférieure il produit la compression du cœur ; d'où, gêne de la circulation des membres supérieurs, de la tête et du cœur ; congestion du visage ; epistaxis. »

Il est de pratique courante que les palpitations et les syncopes se produisent souvent chez les jeunes filles et les femmes trop serrées dans leur corset. A l'époque de Louis XV où cette striction était de règle, ces syncopes ou *vapeurs* étaient d'une extraordinaire fréquence. De nos jours, à la fin des diners de cérémonie, dans les soirées, dans les théâtres, là où la gêne produite par le manque d'aération vient s'ajouter à celle du corset un peu plus serré encore que d'habitude, la syncope est également fréquente, c'est le malaise qu'ont le plus souvent à soigner les médecins de théâtre. Le simple délaçement du corset fait tout rentrer dans l'ordre.

Il existe même plusieurs observations de mort subite pour cause de corset trop serré, notamment le cas rapporté par Ambroise Paré qui attribua à la compression du corset la mort d'une jeune mariée pendant la cérémonie nuptiale. Dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1872, Reveille-Parise a noté l'observation d'une dame obèse qui mourut d'apoplexie pendant qu'on lui laçait son corset outre mesure.

A propos de l'action du corset sur le poumon, nous avons vu que le corset, en rétrécissant le champ de l'hématose, produit la désoxygénation du sang. Le corset par sa contraction exagérée, produit donc ce double effet : troubles de la circulation et sang de mauvaise qualité. Ainsi se trouvent réalisées d'excellentes conditions pour la production des maladies de l'appareil circulatoire et notamment de la chloro-anémie,

Influence du Corset sur l'appareil digestif.

1° ESTOMAC.

Tous les praticiens ont constaté que les femmes et les jeunes filles qui portent un corset trop serré présentent des troubles digestifs plus ou moins marqués. Il est rare, cependant, que le médecin commence par attribuer ces troubles à leur véritable cause. En effet, par coquetterie et de peur de voir examiner et relâcher leur corset, les patientes supportent très longtemps en silence les symptômes les plus douloureux.

Le Dr Albert Mathieu, médecin des hôpitaux (*L'estomac et le corset*, Gazette des Hôpitaux, septembre 1893), dit à ce sujet :

« Un certain nombre de jeunes filles se retiennent de manger, soit pour conserver cette finesse de taille qui fait l'envie de leurs amies, soit, parce qu'étant trop serrées, elles éprouvent après le repas un malaise plus ou moins considérable, d'autant mieux qu'elles ont souvent, à un degré plus ou moins marqué, de la dyspepsie flatulente. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que les méde-

cins de tous les temps se soient appliqués à signaler les dangers que fait courir l'abus du corset. Les femmes admettent sans discussion qu'on souffre pour être belle ; avoir gagné quelques centimètres de pourtour de taille, les console trop facilement des troubles dyspeptiques qui gâtent leur jeunesse et compromettent leur maturité. »

M. Poirier nous enseigne que chez une femme normale, n'ayant pas fait usage du corset, les 8/9 de l'estomac sont situés à gauche de la ligne médiane du corps et 1/9, le canal pylorique et une petite partie du vestibule pylorique, à droite de cette ligne, dans la fosse hépatique. Le vestibule pylorique, le point le plus bas de l'estomac, se trouve en avant, à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic, chez les femmes ayant l'estomac dilaté, il se trouve très au-dessous.

Les deux points les plus fixes de l'estomac sont le cardia et la grosse tubérosité ; on sait que cette dernière est fixée au diaphragme par adhérence de la séreuse stomacale avec le revêtement péritonéal du diaphragme. Le pylore est peu mobile, il est relié d'une part aux corps des vertébrés par l'intermédiaire du duodénum, maintenu d'autre part par le ligament hépatique reliant le pylore au cardia et au sillon transverse du foie.

La grande courbure est la partie essentiellement mobile de l'estomac ; c'est elle qui est surtout déplacée par le corset trop serré.

A l'état normal, les contractions œsophagiennes et le poids des aliments introduisent ceux-ci dans l'estomac. M. Laborde a démontré que tant que dure la digestion

stomacale, l'estomac se divise en deux cavités par suite de la contraction des fibres obliques. Les aliments solides restent dans la cavité inférieure tandis que la cavité supérieure laisse les boissons passer librement dans l'intestin en longeant la petite courbure. Faisons remarquer, en passant, que les découvertes de M. Laborde concordent parfaitement avec les idées de M. Glénard que nous exposerons plus loin.

Le mouvement des aliments se fait par action réflexe au moyen des contractions péristaltiques de l'estomac.

Les actes physiologiques s'accomplissent ainsi, lorsque l'estomac est libre. Il en est tout autrement quand cet organe est comprimé par le corset. Cette compression verticale en même temps que circulaire refoule l'estomac en arrière. Cette situation tolérée par l'estomac vide n'est pas possible dès que les aliments viennent l'emplir. La grande courbure qui est, nous venons de le voir, la seule partie vraiment mobile de l'estomac, se distend et l'estomac vient faire saillie au-dessous de la ligne maxima de striction, c'est-à-dire au-dessous de la taille ; la dilatation est constituée ; même à l'état de vacuité , l'estomac ne reprendra plus absolument sa place normale.

La pression du foie tend de plus à chasser en même temps l'estomac vers la gauche.

Cet estomac refoulé vers la gauche et de haut en bas, va donc tendre vers la verticale, d'où, coudure duodénale analogue à un rétrécissement. La stase alimentaire se fera dans la partie dilatée, dans l'antra pré-pylorique.

Dès lors il y aura donc deux poches, une poche supé-

rieure à gauche, au-dessus de la ceinture, aplatie et comprimée, cette portion ne contient presque que des gaz; la poche inférieure qui arrive à se distendre considérablement, contient les aliments et les liquides.

Ainsi se trouverait constituée la disposition *en bissac* signalée par M. Clozier (de Beauvais).

Nous tenons à signaler ce fait ici parce que les auteurs qui se sont occupés de la question, notamment M. Chapotot. (*L'estomac et le corset*, Th. de Lyon, 1892), ont omis le nom de M. Clozier qui est le premier auteur de la conception défendue, postérieurement, par M. Chapotot et M. Bouveret.

Vers la même époque, M. Chabrier (De l'estomac biloculaire, Th. de Toulouse) étudiait la même question.

C'est également M. Clozier qui a déterminé le signe clinique de l'estomac en bissac. Les deux poches communiquant par une portion plus rétrécie, cette disposition fait que les mouvements respiratoires faisant passer les liquides et les gaz d'une poche dans l'autre, il en résulte un bruit spécial. « Ce bruit hydro-aérique, dit M. Clozier, perceptible à une distance de plusieurs mètres, est isochrone à la respiration ». Ce bruit de glou-glou isochrone à la respiration est symptomatique de la compression stomacale par le corset, c'est lui qui bien souvent guide le diagnostic.

Mais, cet étranglement indispensable à la production du bruit de glou glou est-il réellement dû à la pression du corset, comme le pensent MM. Clozier, Bouveret, Chapotot, Trolard et Rasmussen? Telle est la question que

se pose M. Glénard dans son livre sur *les Ptoses viscérales*. Pour cet auteur, la biloculation n'est pas produite par le corset, elle n'en est que le symptôme.

« Le corset, dit M. Glénard, peut tout au plus déterminer par l'intermédiaire du rebord costal, une très légère dépression circulaire, mais nullement cette atrésie nécessaire à la formation d'un bruit. Il est probable d'ailleurs que, pour ces auteurs, le terme biloculation n'a pas la même signification que pour moi. Je n'ai pas le premier signalé l'existence, mais je crois être le premier à avoir proposé l'adoption de la biloculation comme un temps normal de la contraction physiologique de l'estomac. Que l'action du corset favorise ce qu'il peut y avoir d'« anachrone » dans cette contraction, qu'il intervienne pour exciter les contractions et rendre bruyante, par le fait de la respiration, une disposition qui sans lui rester silencieuse, c'est à mon avis tout ce dont on peut l'accuser, mais le corset ne peut pas lui-même causer la biloculation suffisante à la possibilité d'un bruit ».

M. Glénard conclut : « Le borborygme spontané est causé par la biloculation gastrique « fonctionnelle », il est un signe de gastropiose ».

Les auteurs qui se sont occupés de ce point particulier sont donc en contradiction. Cette question doit donc être réservée.

Il n'en reste pas moins acquis que le corset produit le borborygme caractéristique de la biloculation, quelle que soit d'ailleurs la cause de cette biloculation.

Il est en tout cas incontestable que le corset trop serré

gène considérablement la digestion et produit la dilatation prépylorique.

Comment se traduit la compression de l'estomac par le corset? Au début, par des troubles très peu prononcés.

Si la compression du corset est faible, il y a simplement une sensation de gêne, de poids à l'épigastre, cette sensation est déterminée par la difficulté que l'organe comprimé éprouve pour se distendre.

Lorsque le port du corset serré est habituel, les symptômes sont beaucoup plus accentués. La digestion est très retardée et très douloureuse, les fibres musculaires devant faire un effort beaucoup plus considérable pour chasser les aliments qui stationnent dans l'antrum prépylorique. Cette progression des aliments de bas en haut est encore ralentie par ce fait que le pylore, se trouvant juste sur la ligne de striction maxima, est encore comprimé par le corset.

Ce ralentissement dans la marche du bol alimentaire produit des fermentations qui dégagent des gaz dont la plus grande partie se loge dans la poche supérieure et qui viennent augmenter encore la dilatation. Quand cette dilatation atteint un certain degré, l'estomac n'évacue jamais complètement le bol alimentaire et les symptômes arrivent à leur maximum.

Les douleurs éprouvées par les malades sont souvent confondues avec celles de l'hyperchlorhydrie, mais elles sont cependant beaucoup moins régulières. L'hyperchlorhydrie apparaît régulièrement après tous les repas, tandis que les douleurs dues à l'estomac comprimé et

dilaté font parfois défaut. C'est cette irrégularité qui permet de faire le diagnostic différentiel. De plus, dans l'hyperchlorhydrie, les douleurs sont calmées par les alcalins à haute dose, ce qui ne se produit pas dans l'estomac comprimé et dilaté par le corset. Quelquefois, ces deux affections se rencontrent chez le même sujet, ce qui augmente la difficulté du diagnostic. M. Bouveret pense qu'il y a le plus souvent anachlorhydrie ou hyperchlorhydrie ; l'hypochlorhydrie serait plus rare.

Le plus souvent, on trouve en même temps les signes ordinaires de l'atonie, sensation de pesanteur à la fin des repas, palpitations, gêne de la respiration, constipation, etc...

À la percussion, on constate que le grand cul-de-sac est en haut et que l'organe entier se traine vertical et à gauche.

La simple vue de la femme permet de voir sur le thorax le sillon dû à la striction du corset.

M. Albert Mathieu signale à ce sujet un fait heureusement très rare. Dans cette dislocation, dit cet auteur, il y a tendance à l'abaissement du pylore et, en conséquence, coudure du duodénum. Lorsque cette coudure se fait au-delà de l'embouchure du cholédoque, la bile pourrait, de son poids, directement tomber dans l'estomac par la première portion du duodénum et le pylore dilaté. De là, la pénétration dans la poche gastrique d'une quantité considérable de bile (une malade de M. Weil en vomissait deux litres par jour) des trou-

bles accentués de la digestion stomacale et des phénomènes d'épuisement.

La dilatation bi-loculaire et les symptômes qui l'accompagnent sont aujourd'hui connus. Un grand nombre d'auteurs les ont observés.

Sømmering rapporte avoir observé un estomac presque partagé en deux par la compression d'un corset.

Sappey et Cruveilhier ont bien décrit l'estomac biloculaire, Glénard en parle longuement dans son traité de l'enteroptose, en faisant des réserves sur ses causes.

M. Trolard (*Note sur l'état biloculaire de l'estomac*) prétend au contraire que la biloculation a pour cause évidente la striction du corset.

M. Bard, dans son *précis d'Anatomie pathologique*, fait remarquer que dans ces dilatations, les parois sont toujours plus ou moins altérées. La tunique musculaire est le siège d'une hypertrophie notable.

Nous-mêmes, pendant notre stage chez M. Thibierge, avons eu l'occasion de constater (voir plus loin l'observation), un cas bien typique de dilatation biloculaire de l'estomac.

Mmes les D^{rs} Tylicka et Gaches-Sarraute ont rapporté un grand nombre d'observations intéressantes à ce sujet.

OBSERVATION (*Mme Gaches-Sarraute*). — Mme G..., 35 ans, estomac très dilaté, avait des éructations pendant des heures entières (son entourage prétendait qu'elle avalait de l'air en parlant), figure tirée, yeux creusés, femme tout à fait malheureuse, ne pouvant pas se trouver en société.

En mai 1897, je place à cette malade un corset spécial, bien adapté, ne comprimant pas l'estomac et soutenant la paroi abdominale. Le fait seul de lui soulever le ventre provoque des éructations tellement violentes qu'elles aboutissent à un évanouissement. Néanmoins, le corset est adapté, les accidents diminuent petit à petit ; au bout de six mois, la malade est complètement guérie de ses troubles digestifs et de ses éructations, elle est actuellement très bien portante et a beaucoup engraisé.

OBSERVATION (*Mme Tylicka*). — Une jeune fille de 18 ans, très serrée dans son corset. Bruit de glou-glou dans l'hypocondre gauche, surtout pendant l'inspiration, et presque toujours lorsqu'elle est assise. On enlève le corset, le bruit cesse ; en exerçant avec les deux mains une compression de la taille simulant celle du corset, il recommence. Dans la station horizontale il disparaît, même si la taille est serrée par le corset. La malade dit que parfois il disparaît après le repas, quand se sentant très ballonnée elle est obligée de desserrer ses vêtements. Elle est pâle, anémique et souvent constipée.

Le plus souvent, les accidents diminuent et même disparaissent complètement avec la suppression de la cause, c'est-à-dire avec l'enlèvement du corset auteur du mal, et son remplacement par un autre plus normal, plus hygiénique, moins serré.

OBSERVATION (*Personnelle*). — Une personne de nos relations, Mme B..., âgée de 47 ans, souffre depuis longtemps de l'estomac et d'une constipation opiniâtre. Elle est très maigre, ne digère rien, est obligée de s'étendre sur une chaise longue ou sur son lit, afin de pouvoir digérer. Elle a régulièrement des éructations et une sensation de tiraillement à l'épigastre, surtout pendant la marche.

Sur nos conseils, cette personne se repose quelques semaines en renonçant complètement au port du corset. Dès la première semaine, les symptômes douloureux diminuent d'intensité. Au bout de trois semaines, la digestion se fait beaucoup plus vite et la malade n'est plus obligée de se coucher. L'amélioration continue, sauf la constipation qui est très opiniâtre.

Au bout d'un mois, Mme B... se sert d'un corset construit sur nos indications. Dans ce corset, court, droit devant, très peu baleiné, toute la portion en contact avec l'estomac a été enlevée et remplacée par du tissu élastique de bas à varices.

Cet essai, fait en 1899, est très heureux, le mieux se maintient; Mme B... ne se sépare jamais, dans la journée, de son corset qui ne lui cause aucune gêne, tout en lui rendant les mêmes services que le précédent.

Depuis, nous avons revu souvent cette dame qui digère maintenant très bien.

Ainsi, dans ces cas de dilatation douloureuse de l'estomac, la prophylaxie est simple : il faut supprimer la cause ou tout au moins l'atténuer, en rendant le corset le moins nuisible possible.

2^e FOIE

L'action du corset sur le foie a été l'objet de discussions nombreuses. Le corset abaisse-t-il réellement primitivement le foie, ou bien, comme le croient MM. Faure et Glénard, abaisse-t-il seulement davantage les foies déjà abaissés ?

M. Charpy écrit à ce sujet : « La constriction par les

vêtements, et spécialement par le corset, ne me paraît pas suffisante à elle seule pour abaisser le foie, car j'ai observé plusieurs fois que l'organe, très déformé, était resté en place ou même était surélevé et rétroversé. Il est très vrai que, dans la majorité des cas, on trouve le bord inférieur bien au-dessous des côtes, et même dans la fosse iliaque ; mais, outre que, dans ces cas, l'abaissement est compliqué d'anteversion et d'allongement vertical du viscère, ce déplacement n'est rendu possible que par la *détension* abdominale qui accompagne ordinairement la constriction. L'intestin grêle prolapsé, le colon transverse vide ou abaissé, l'estomac plus ou moins disloqué, ne fournissent plus au foie le coussin élastique qui le maintenait en place. Il fuit du côté de la moindre résistance. »

Quoi qu'il en soit, que le corset produise directement l'abaissement du foie ou augmente simplement cet abaissement, consécutif à l'entéroptose générale, l'influence pathogénique du corset ne saurait être contestée. Les lésions que l'on trouve à l'autopsie de femmes ayant porté des corsets très serrés en sont la preuve absolue.

Tous ceux qui ont assisté à un certain nombre d'autopsies, ont constaté ces sillons accidentels de la face convexe du foie.

En 1898, pendant notre stage à la Pitié, dans le service de M. Thibierge, nous avons assisté à une autopsie qui nous a vivement frappé. Il s'agissait d'une femme toute jeune décédée à la salle Cruveilhier. Le foie, considérablement abaissé, présentait, à sa face convexe, un sillon

transversal, avec des signes très marqués de péri-hépatite suppurée. Ce sillon transversal coïncidait exactement avec le sillon de la peau portant les macules de la ligne de constriction maxima du corset.

Ci-dessous (fig. n° 16) la reproduction d'une figure du

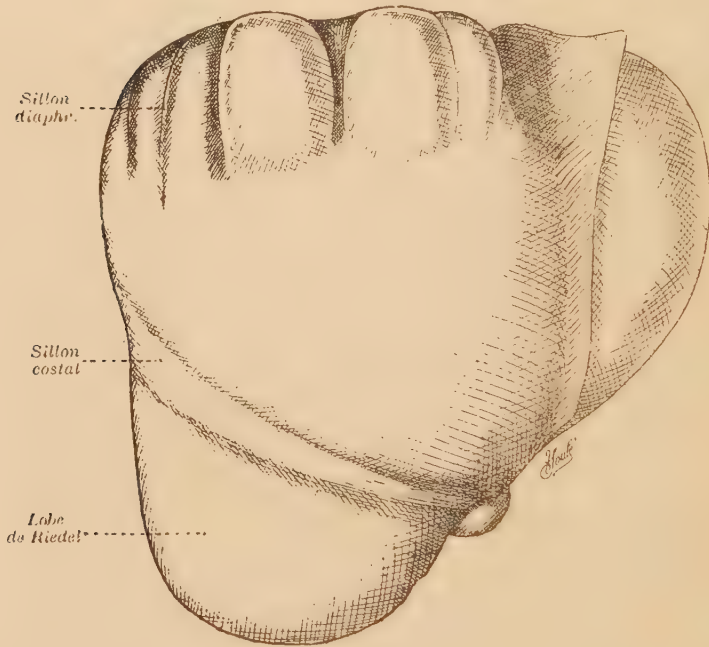


Fig. 16

Traité d'Anatomie de M. Poirier, qui représente bien les lésions que nous avons nous-mêmes constatées.

Tous ceux qui ont fait un certain nombre d'autopsies ont constaté ces sillons, signalés d'abord par Cruveilhier, qui les divisa en deux espèces. M. Charpy, d'après

Cruveilhier, en distingue deux variétés (bien apparentes sur notre figure) :

Les sillons costaux ;

Les sillons diaphragmatiques.

La citation de ce passage de M. Charpy est d'un haut intérêt, car elle démontre absolument que la cause déterminante est bien la constriction du thorax par le corset.

« On distingue, dit M. Charpy, *les sillons costaux et les sillons diaphragmatiques*.

1^o *Sillon costal*. — Le sillon costal siège sur la partie latérale et antérieure du lobe droit. Il est transversal ou faiblement oblique dans le sens des côtes, d'aspect opalin, cicatriciel ; long de 5 à 10 centimètres et plus. Il est ordinairement plat, superficiel, rarement profond et étroit. Il est le plus souvent unique, ou, si l'on en observe un ou deux autres au-dessus de lui, ce sont de simples empreintes qui vont en diminuant. Leue, qui a examiné systématiquement 516 sujets d'autopsie, à Kiel, a noté ce sillon chez l'homme dans 50/0 des cas, chez la femme dans 56 0/0. Il ne se rencontre jamais avant 15 ans. *La cause paraît résider uniquement dans la constriction des vêtements, d'où sa fréquence considérable chez la femme*. Il correspond tantôt à l'empreinte de la 7^e côte, qui marque la limite supérieure de la partie comprimée ; tantôt, et le plus souvent, au rebord costal de l'ouverture thoracique ; ce dernier cas suppose que l'empreinte s'est faite sur un foie abaissé ou débordant.

Le foie est ordinairement allongé dans le sens vertical,

et, quand le sillon est profond, il prend l'aspect d'un sablier à deux lobes superposés, *foie en sablier*, *hour glass shaped* des auteurs anglais.

2° *Sillons diaphragmatiques*. — Ces sillons diffèrent nettement du sillon costal avec lequel, d'ailleurs, ils coexistent fréquemment. Ils siègent sur le sommet du foie, sur son lobe droit surtout et sur la limite des deux lobes, exceptionnellement à gauche. Leur direction est antéro-postérieure. Presque toujours multiples, de 2 à 6, profonds de 1 à 2 c. m.; et étroits, ils n'ont pas l'aspect cicatriciel; le tissu du foie est normal, et si on les observe sur les organes en place, on voit qu'ils contiennent un pli du diaphragme qui s'enchâsse exactement dans leur gouttière. Le diaphragme une fois retiré montre une disposition fasciculée; chaque faisceau hypertrophié correspond à un sillon. Les sillons diaphragmatiques sont fréquents chez la femme; Mattei les a observés 35 fois sur 59 femmes. J'en ai rassemblé un grand nombre de cas, et, quoi qu'en dise Zahn, ils sont rares chez l'homme. Comme les sillons costaux, ils n'existent pas avant l'âge de 15 ou 20 ans, et sont d'autant plus accentués qu'on a affaire à des sujets plus âgés. On a discuté beaucoup sur leur cause. On a fait tour à tour intervenir l'hypertrophie fasciculée du diaphragme, les lésions pulmonaires chroniques s'accompagnant de dyspepsie, la constriction des vêtements. *Nous pensons que le rétrécissement de la base de la poitrine dans le sens transversal, c'est-à-dire de droite à gauche, est la condition fondamentale pour la production de ces*

sillons, et que cette constriction à son tour est le plus souvent produite par les vêtements ; celle-ci agira d'autant plus efficacement que le foie sera normalement ou pathologiquement plus volumineux.

Le foie comprimé se tasse verticalement et entraîne le froncement du diaphragme qui s'y enfonce. Cette explication n'exclut pas la possibilité d'autres causes exceptionnelles, telle que le rétrécissement du thorax par le rachitisme ou la dyspnée.

Presque toujours ces sillons s'accompagnent d'autres déformations du foie. L'organe prend une forme bombée (foie en dôme) dans le cas de sillon diaphragmatique, et son diamètre vertical atteint 10 et 11 c. m. Le bord inférieur dépasse le rebord costal et s'avance vers la crête iliaque. Sur la face inférieure, la vésicule biliaire est pincée transversalement et projetée en avant ; le lobule de Spiegel se pédiculise, s'amincit et s'allonge. Sur le lobe droit, à droite de la vésicule, une portion du foie au-dessous du sillon costal se détache, se mobilise et parce que Riedel (Berlin 1892) a montré qu'il coïncidait fréquemment avec des calculs biliaires. Sur le lobe gauche, des parties atrophiées se transforment en appendices membraneux qui se replient en tous sens. Enfin, c'est sur ces mêmes sujets qu'on trouve les déformations extérieures du thorax, l'estomac biloculaire et le rein mobile. »

M. Glénard, lui, pense, et nous croyons qu'il a raison, que des causes multiples peuvent, sans le secours du corset, déformer, abaisser le foie ; entre autres, la dimi-

nution de la tension abdominale, la diminution de la tension intrahépatique qui sont les causes les plus importantes d'hépatoptose. Le corset n'intervient qu'après, pour augmenter cet abaissement.

M. Faure, dans sa thèse de 1892 sur *L'appareil suspenseur du foie, — L'hépatoptose et l'hépatopexie* — soutient la même opinion.

« Les corsets de tout genre et de tout mode, dit cet auteur, s'appliquent par leur point le plus rétréci, très exactement à la taille, immédiatement au dessus de la hanche, c'est-à-dire de la crête iliaque, en dessous du rebord costal. La constriction de l'abdomen, lorsque le corset est serré, se fait donc en avant, tout au-dessous des côtes, et par conséquent au-dessous du foie. Il tend donc à soutenir le foie, à le soulever même, et non à l'abaisser. Il ne peut avoir cette dernière influence que lorsque le foie est déjà descendu et c'est dans ces cas qu'on rencontre, sans doute sur sa surface, l'empreinte du corset, empreinte qui ne saurait évidemment se transmettre à travers la cuirasse costale. Il est donc probable que les cas assez nombreux où l'on a signalé une déformation du foie sous l'influence du corset, étaient, eux aussi, des cas d'hépatoptose mal observés. »

Il résulte des travaux de MM. Glénard et Faure que le corset ne saurait à lui seul produire l'abaissement du foie, mais qu'il augmente cet abaissement lorsqu'il existe déjà.

3^o INTESTINS. — ENTÉROPTOSE

On désigne sous ce nom, d'après M. Glénard, le prolapsus de la masse intestinale auquel s'ajoutent successivement le prolapsus du rein, du foie, de la rate. Cette entéroptose s'accompagne presque toujours des troubles nerveux qui caractérisent la neurasthénie.

En paralysant la tonicité des muscles de l'abdomen, le corset a évidemment une grande importance pathogénique dans la production de l'entéroptose et des autres ptoses consécutives, et aussi de la neurasthénie qui les accompagne souvent. C'est une des raisons pour lesquelles l'entéroptose est plus fréquente.

Tel est l'avis de M. Bouveret qui, dans son ouvrage *La neurasthénie*, 1891, déclare que :

« Il est certain que l'affection de Glénard est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme ; c'est que chez la femme, aux deux causes précédentes de la neurasthénie elle-même, la dilatation de l'estomac et l'amaigrissement, s'ajoutent deux autres causes extrinsèques plus communes encore et surtout bien plus efficaces, à savoir l'extrême distension de la paroi abdominale par les grossesses répétées et la constriction de la taille par l'abus d'un corset trop étroit et trop serré. »

A la fin de son ouvrage, M. Bouveret conclut que :
« La constriction de la taille par le corset est la cause la plus commune et la plus efficace de l'entéroptose.

A l'aide de moules reproduisant la configuration de l'estomac chez des femmes de divers âges, M. Ziemsen a bien mis en évidence la situation de plus en plus vicieuse que donne à cet organe la constriction exagérée et prolongée de la taille par l'abus du corset : le grand axe tend à devenir vertical, l'estomac prend une forme cylindroïde qui rappelle celle du gros intestin dilaté et la région pylorique s'abaisse de plus en plus dans l'abdomen. De cet abaissement résulte un obstacle au passage de la masse alimentaire du pylore dans le duodénum : de là l'exagération du péristaltisme stomacal, qui devient douloureux quelques heures après le repas, de là la dilatation de l'estomac et l'entéroptose consécutive. Aussi, dans tous les cas d'atonie gastro-intestinale neurasthénique de la femme, faut-il conseiller à la malade d'éviter cette constriction de la taille, et, dans les cas graves, lui faire comprendre la nécessité de supprimer entièrement le corset. »

MM. Glénard et Faure sont moins affirmatifs sur le rôle étiologique du corset dans l'entéroptose; ils constatent cependant que le corset trop serré intervient toujours comme cause secondaire de l'entéroptose qu'il augmente et accélère.

Influence du Corset sur l'appareil génito-urinaire.

1° REIN

Les femmes qui portent un corset trop serré ont de fréquentes envies d'uriner dues à la compression de la vessie par le refoulement de l'intestin. Cet inconvénient est secondaire, comparé à un autre, beaucoup plus grave, la mobilité, le déplacement du rein ; cette ectopie du rein est produite à droite par l'action du foie.

La palpation permet de s'apercevoir facilement de cette néphroptose. En effet, lorsque le rein est normal, sa surface d'accessibilité est trop petite pour qu'on puisse le percevoir en le palpant ; s'il est accessible à la palpation, c'est qu'il est mobile. Encore faut-il dire que dans bien des cas le diagnostic du rein mobile présente des difficultés à cause du mode de respiration costo-supérieure dont nous avons parlé.

M. Glénard, dans son *Traité sur les ptoses*, a clairement décrit et mis au point cette question des ptoses du rein, sans cependant parler de l'importance pathogénique

de la pression exercée par le corset. Pour cet auteur, le rein mobile constitue la néphroptose qui n'est qu'un cas particulier de l'entéroptose ; s'il est plus fréquent chez la femme, la faute en est aux grossesses répétées et au relâchement de la paroi abdominale.

Il est hors de doute cependant que l'abus du corset est une des causes du rein mobile, ce fait est mentionné par tous les auteurs. L'abaissement plus fréquent du rein droit pressé entre le foie et le diaphragme et la proportion plus considérable de cette affection chez la femme et la jeune fille, montrent que c'est bien le corset qui détermine souvent cette affection.

2^e L'UTÉRUS

Le corset trop serré contribue certainement à l'abaissement et au renversement de l'utérus, et amène la production des troubles consécutifs, douleurs abdominales et lombaires, métrites, stérilité. La constriction exagérée du corset a pour effet presque constant les menstruations difficiles et douloureuses. A tel point que souvent le port du corset est impossible pendant les premiers jours des règles.

La compression du corset serré outre mesure est une cause assez fréquente d'avortement. A. Paré avait déjà fait observer que : « les choses qui compriment le ventre de la mère comme font les buscs, et choses semblables

qui empêchent que l'enfant ne peut prendre croissance naturelle, de sorte que les mères avortent. »

Cazeaux, Charpentier, Ribemont-Dessaigne, Tarnier rangent le corset parmi les causes d'avortement. Dareste et Cruveilhier ont accusé le corset de provoquer l'hydramnios.

Notre excellent maître, M. le professeur Pinard, parlant de la compression exagérée du corset a dit : « A un moment donné, cet organe se révolte contre cette pression, entre en contraction prématurée, décolle l'œuf et l'expulse. »

Cette cause d'avortement se rencontre chez les femmes et surtout les filles-mères qui veulent dissimuler leur grossesse. La striction du corset est le premier artifice auquel elles aient recours pour dissimuler leur grossesse.

Gerdy a cité l'observation d'une actrice de l'Odéon, qui, afin de pouvoir dissimuler son état, se faisait serrer à l'excès. Un soir, avant d'entrer en scène, elle se fit sangler avec tant de violence qu'elle mourut.

En 1896, M. le professeur Poncet, de Lyon, communiqua à l'Académie de Médecine l'observation d'une jeune femme de 23 ans, qui mourut d'une opération césarienne pour avoir serré son corset pendant sa grossesse.

Mme Tylicka a déjà cité les deux observations suivantes de Delisle (*sur l'emploi du corset*). Nous les rapporterons également parce qu'elles nous paraissent très intéressantes et d'un grand enseignement :

OBSERVATION (*Delisle*). — Une fille de 22 ans, parvenue à terme sans que les personnes chez qui elle était en service s'en fussent aperçues, tant elle avait eu soin de se serrer l'abdomen avec un corset fortement baleiné et muni d'un busc en acier extrêmement résistant et de plus d'une ceinture également très serrée et très large. Lorsqu'elle est arrivée à l'hôpital, elle se plaignait de douleurs tellement fortes qu'on la fit monter de suite dans les salles : parvenue en haut de l'escalier, quelques liens de son corset se brisèrent et son ventre devint subitement volumineux, et à peine avait-elle fait quelques pas que son enfant tomba sur le parquet. Le cordon était rompu près de l'ombilic. La femme succomba de péritonite dès le septième jour.

OBSERVATION (*Delisle*). — Une jeune fille de 19 ans arrive à 4 heures du matin à la maison de santé du Faubourg Saint-Denis, déjà en proie à des douleurs; très serrée dans son corset, mais ne disant rien de sa grossesse. Bientôt elle accoucha, mais l'enfant mourut aussitôt. A la visite du matin, on était très étonné de ne trouver personne dans son lit. L'infirmière à dit alors qu'après s'être reposée quelques heures, la parturiente était repartie pour que ses maîtres ne s'aperçussent pas de son absence... quatre jours après, elle revient, ayant une metro-péritonite des plus intenses avec délire, douleurs atroces, vomissements. Elle succomba le cinquième jour.

Dès le commencement de la grossesse, le corset doit être supprimé et remplacé par une ceinture élastique large et lâche par dessus laquelle s'attacheront les liens du vêtement. La femme devra porter une ceinture abdominale. Quant à l'appareil connu sous le nom de « corset de grossesse » condamné par Charpentier et les principaux accoucheurs modernes, il doit être absolument condamné.

LES AMÉLIORATIONS PROPOSÉES

En présence des accidents causés par le corset, les hygiénistes et les médecins de tous les temps ont proposé des améliorations de cet instrument.

Plus radicaux, un grand nombre, parmi lesquels Mme Tylicka, demandent la suppression absolue du corset. Nous avons déjà dit, dans notre introduction, combien sont platoniques ces décrets de suppression complète. Ils ne pourraient, du reste, se concilier qu'avec une transformation complète du costume de la femme ; ce costume devrait se composer de robes à la grecque se rattachant sur les épaules. Autrement, avec le mode actuel d'habillement inférieur, les corsets, ou tout au moins de larges ceintures, sont nécessaires. Sans cela, comment faire tenir à la taille les robes, les jupons, etc., dont le poids atteint plusieurs kilogs. Il faudrait serrer les liens d'attache ; cette constriction serait plus mauvaise encore que le corset, dont l'existence chez tous les peuples prouve du reste l'utilité.

Puisque la femme doit porter un corset, le problème se résume à rendre cette partie du vêtement la plus conforme possible aux exigences de l'hygiène.

Cette solution pratique a été celle qui, à toutes les époques, a fixé l'attention de ceux qui se sont occupés de la question. Nous ne citerons pas tous les perfectionnements faits ou proposés à ce sujet. Chaque année, le nombre des brevets pris dans ce genre est considérable.

Nous citerons seulement, parmi les plus récents : le corset de Mme le Dr Gaches-Sarraute, et le *Callimaste* de Mme le Dr de Griniewitch.

Le corset de Mme Gaches-Sarraute a ceci de particulier qu'en haut il s'arrête au milieu de la distance qui sépare la dernière fausse côte de l'appendice xiphoïde, et qu'il se termine, en bas, à quelques centimètres au-dessous du pli de l'aîne.

Voici comment le décrit Mme Gaches-Sarraute elle-même, dans sa récente *Etude physiologique et pratique sur le corset* :

« Le rôle de la partie du corset qui dépasse le pli de la taille en haut, est un rôle de protection pour les viscères contre les influences extérieures et contre la constriction occasionnée par les liens du vêtement. De plus, il permet aux femmes de s'habiller, et même, d'aucunes pensent d'une façon élégante, ce qui ne gâte rien, tout en conservant ou en restituant les formes originelles. Dans aucun cas, il ne peut soutenir les seins par la raison bien simple que ceux-ci, placés sur la cage thoracique, sont solidaires de leur base d'appui qui doit

rester indépendante du bassin. Le corset se termine en bas à quelques centimètres au-dessous du pli de l'aîne; après avoir enveloppé la région hypogastrique de bas en haut à la manière de la ceinture classique, il se continue vers le bas, dépassant le pli de flexion de la cuisse, de façon que la peau de la région abdominale inférieure soit toujours maintenue et n'ait pas de tendance à s'échapper sous le bord inférieur du corset, en un mot, pour que le maintien du ventre soit complètement assuré. La portion de tissu qui s'étend vers le bas ne gêne aucunement, puisqu'elle est dépourvue de toute pièce rigide. Elle sert de trait d'union entre les membres inférieurs et le tronc dans les grands mouvements d'extension, par l'intermédiaire de liens qui unissent le bord du corset aux bas. La sensation de solidarité entre les membres inférieurs et le tronc, dans l'extension forcée, augmente la sécurité de la cavité abdominale, en raison directe de l'étendue de la surface d'appui et double la force musculaire de la paroi. »

Ce corset, soutenant bien la paroi abdominale, nous paraît excellent pour les femmes obèses ou à paroi abdominale relâchée.

Il revient, en somme, à un corset peu élevé du haut et terminé par une ceinture abdominale. Dans la pratique, toute femme peut le réaliser en adjoignant à son corset une ceinture hypogastrique de modèle courant adhérente ou non au corset.

Le *callimaste*, décrit par son inventeur, M^{me} le Dr de Griniewitch, *Gazette médicale de Paris*, juillet 1899,

repose sur un principe tout à fait différent. Cet appareil, a, du reste, été construit dans un autre but. Il est destiné à soutenir les seins, c'est une sorte de brassière formée d'un treillis de rubans élastiques et d'une ceinture qui peut s'adapter à un corset bas. Le *callimaste* peut donc s'employer soit seul, soit avec un corset bas ; son emploi est, nous croyons, très recommandable dans les cas où la glande mammaire se trouve très développée, soit pour cause de grossesse ou d'allaitement, soit pour complexion naturelle.

Nous avons mentionné ces deux tentatives, parce qu'elles émanent de deux médecins bien au courant de la question, convaincus et animés d'excellentes intentions, et aussi parce qu'elles ont soulevé un certain intérêt dans le monde médical. Mais elles n'ont d'intérêt qu'au point de vue théorique. En pratique, elles sont condamnées au même insuccès que leurs devancières. Les milliers de brevets de corsets « hygiéniques » qui ont été pris dans ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, portent également de louables intentions mais demeurent aussi négatifs comme effet pratique.

La solution du problème doit être cherchée ailleurs. Tout d'abord, il ne faut pas perdre de vue que ce n'est pas tant l'usage du corset, mais *l'abus du corset, c'est-à-dire l'emploi du corset trop serré* qui cause tous les méfaits dont nous avons parlé.

Il faut donc, *par tous les moyens possibles, empêcher les jeunes filles et les jeunes femmes de se serrer.*

Le meilleur de ces moyens est de leur faire voir nettement ce à quoi elles s'exposent, en transgressant cette recommandation. L'enseignement, dans les écoles de jeunes filles, devra insister le plus possible, avec démonstrations à l'appui, sur cette partie de l'hygiène du vêtement.

Les mères devront non seulement choisir avec une minutieuse attention le corset de leurs filles, mais elles devront encore en surveiller l'emploi judicieux et vérifier souvent si cette pièce du vêtement n'est pas trop serrée. Elles mêmes devront donner l'exemple et ne pas trop se serrer, et ne plus avoir de tendance à croire qu'une taille filiforme est le trait le plus achevé de la beauté féminine. Prêchant d'exemple, elles auront l'autorité suffisante pour enseigner à leurs filles qu'elles auraient tort de mettre leur orgueil dans une taille aussi fine que possible.

Le corset doit présenter les qualités décrites par M. Langlois : « Pour être inoffensif, le corset doit réduire ses proportions à celles d'une large ceinture destinée surtout à supporter les pièces de l'habillement ; il doit s'adapter à la forme des parties qu'il soutiendra sans les comprimer, être doux et élastique, afin que les organes qu'il embrasse conservent leur libre exercice et fonctionnent librement ».

Les médecins devront songer à son importance pathologique. En présence de certains symptômes, ils devront examiner soigneusement la femme et voir dans quelle proportion ils peuvent incriminer la constriction

exagérée de la taille, et surtout faire immédiatement cesser cette constriction.

Beaucoup de personnes se préoccupent en ce moment de cette question, espérons que cette actualité aura pour effet un effort sérieux dans l'instruction des jeunes filles qui, jusqu'ici surmenées par toute espèce d'études, ont presque toujours été négligées quant à l'hygiène. Quand cette instruction hygiénique sera faite, les jeunes filles deviendront soucieuses de leur santé, parce qu'elles sauront que c'est une condition de beauté et « une promesse de bonheur. »

En ajoutant notre modeste effort à ceux de tant d'autres plus autorisés, nous espérons qu'il ne sera pas complètement perdu, parce que les grands édifices se font pierre, à pierre et que les idées justes et bonnes, pour faire leur chemin, doivent être répétées souvent.

Nous sommes persuadé que c'est un rôle intéressant et de quelque utilité que d'essayer d'apporter une contribution, si minime soit-elle, à la culture physique de celles qui sont les mères de demain. Angerstein a proclamé une grande vérité quand il a écrit que « la santé des générations futures, l'avenir d'un peuple dépend en grande partie de l'éducation des jeunes filles. »

CONCLUSIONS

1° En principe, *le corset*, en tant qu'instrument rigide et surtout *trop serré*, doit être condamné comme contraire à l'hygiène et à la santé générale.

2° Le corset trop serré déforme le thorax, détermine la respiration à type costo-supérieure et diminue le champ de l'hématose.

3° Le corset trop serré gêne considérablement la circulation, peut causer la dilatation cardiaque et augmenter l'hypertrophie, si celle-ci est déjà existante.

4° Le corset trop serré retarde la digestion et produit la dilatation prépylorique.

Il augmente l'abaissement du foie, quand cet organe est déjà abaissé.

Il produit et augmente l'entéroptose.

5° La constriction exagérée du corset, est l'une des causes du rein mobile et de l'avortement,

6° Il faut distinguer entre l'usage du corset ramené à son rôle de ceinture, et l'abus du corset, surtout en ce qui concerne la constriction exagérée.

7° Etant donné que le corset est nécessaire au soutien des vêtements inférieurs de la femme, le devoir du médecin est de conseiller le corset qui présente le minimum d'inconvénients.

8° Le corset qui présente le minimum d'inconvénients est celui qui se réduit à une large ceinture, dont le rôle est surtout de supporter les pièces de l'habillement.

9° Ce corset inoffensif doit être constitué d'un tissu souple, il faut qu'il s'adapte à la forme des parties qu'il doit soutenir sans les comprimer, de façon que le bon fonctionnement des organes soit assuré.

10° Dans les cas où la paroi abdominale a besoin d'être soutenue (entéroptose), il faut adjoindre à ce corset une ceinture abdominale, adhérente à lui ou indépendante.

Lorsque le volume des seins sera exagéré, l'usage d'une brassière-soutien sera très utile.

11° Quel que soit le corset adopté, il ne devra jamais être serré.

12° Les médecins doivent attirer l'attention des pouvoirs publics et des mères de famille, sur les graves dangers qui résultent pour la nation et la famille du corset trop serré. L'enseignement des méfaits dus à l'abus du corset doit être répandu dans les écoles et pensions de jeunes filles

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBERTI. — Diss. de vestibus vitiis morborum
causis. Halle, 1729, in-4°.
- ARNOULD. — Eléments d'hygiène, 1890.
- BARD. — Précis d'Anatomie pathologique, 1900.
- BEAU et MAISSAIT. — Archives générales de médecine, 1872, — 3.
- BEAUNIS et BOUCHARD. — Traité d'anatomie.
- BECQUEREL. — Traité d'hygiène.
- BOIVIN (M^{me}). — Sur l'avortement.
- BOUVIER. — Article Corset in. Dict. des sciences
médicales.
- BOUVIER. — Etude hist. et méd. sur l'usage des
corsets, 1853.
- BOÛCHARDAT. — Traité d'hygiène.
- BOURDON. — Notion d'hygiène pratique.
- L. BOUVERET. — La neurasthénie, 1900.
- BOUVERET et DEVIC. — Maladie de Reischman,
1900.
- BONNAUD. — Dégradation de l'espèce humaine
par l'usage des corps à baleine, 1770.

- BONSERGENT. — Réflexions sur les inconvénients des corsets, 1816.
- BÜCHNER. — Diss. de morbis ex varia conditione vestimentorum oriundis. Halle, 1750, in-4°.
- CHAPOTOT. — Estomac et Corset. Th. de Lyon, 1891.
- CHABRIER. — De l'estomac biloculaire, Toulouse, 1891.
- CHARPY. — Revue d'Antropologie, 1884.
- CHARPY. — Art. foie, in Traité d'Anatomie de Poirier.
- CLOZIER. — Revue clinique et therap., 1888, n° 40.
- CLOZIER. — Gaz. des Hôp., 1886.
- CORBIN. — Des effets produits par les corsets sur les organes de l'abdomen. Gazette médicale de Paris.
- CRUVEILHER. — Traité d'Anatomie.
- CRUVEILHER. — Anatomie pathologique.
- DELISLE. — Sur l'emploi du corset.
- DIKINSON. — The corset, 1887, London.
- ENGEL. — Influence de la structure du corset sur la position des viscères, in Wiener Mediz. Wochensblatt, 1860.
- FERCLUT. — De l'avortement au point de vue méd. et obstétr.
- FRANCK DE FRANKENAU. — Satyræ medicæ, 1722.
- FAURE. — L'appareil suspenseur du foie, l'hépatoptose et l'hépatopexie. Th. Paris, Steinheil, 1892.

FRIEDLANDER. — Civilisation et mœurs romaines.

FRERICHS. — Maladie du foie.

GACHES-SARRAUTE (M^{me}). — Le corset étude physiologique et pratique. Paris, 1900. Masson édit.

GACHES-SARRAUTE (M^{me}). — Etude du corset au point de vue hygiénique. Rev. méd., chir. des maladies des femmes, 1895.

GARNY. — Du corset, Paris, 1894.

GERDY. — Traité des bandages, 2^{me} édition. Paris, 1837.

GUIRAUD. — Manuel pratique d'hygiène.

GLÉNARD. — Les Ptoses viscérales, diagnostic et nosographie. Paris, 1899. Alcan édit.

GLÉNARD. — Dyspepsie nerveuse, enteroptose, 1883.

GLÉNARD. — Du rein mobile.

GLÉNARD. — Neurasthénie gastrique.

GUÉRIN. — Gaz. méd. de Paris, 1853.

GRINIEWITCH (de). Un nouveau corselet, le Callimaste. Gaz. méd. de Paris, juillet 1899.

GOLDHAGEN. — De vi thoracum in feminæ corpus formam, partum et lactationem Diss. Halle, 1787.

GOULLIN. — La mode au point de vue méd., hyg. et historique.

HOURLMAN et DECHAMBRE. — Arch. gén. de méd., 1835.

KNIGHTLEY (Lady). — Lady Sanitary Ass. 1878.

- KOSITZKI. — Nos fasciarum gestationis et thoracum, Gœttingœ, 1775.
- LEFÈVRE. — Hygiène.
- LEOTY. — Le Corset à travers les âges, 1893.
- LANGLOIS. — Précis d'hygiène publique et privée.
- LEROY. — Recherches sur les habillements des femmes.
- LAYER. — Dangers de l'usage des corsets.
- LANCET (The). — Croisade contre le corset, 1887.
- LEVY. — Traité d'hygiène publique et privée.
- MAGASIN PITTORESQUE. — Du danger des corsets trop serrés, 1833.
- MÉNIÈRE. — Les vêtements et les cosmétiques, Paris, 1837.
- MEINERT-VOLKMAN, 1894. — Über einen bei gewöhnlicher chlorose.
- MONGERI. — Le corset et ses dangers.
- MURCHISON. — Maladies du foie.
- OBRASTZOW. — Zur physik Untersuchung des Magens und Darms. Deutsches Archiv für Klinische Medizin. Leipsig, 1888.
- ŒLSNER. — Vom schädlichen Missbrauche der Schnürbrüste und Planchetten. Breslau, 1754.
- PETIT. — De l'utilité des corsets pour préserver des difformités et maladies, pour donner de la prestance et conserver la souplesse. Paris, 1851.
- POIRIER. — Traité d'Anatomie.

- PLATNER. — De thoracibus. Lipsiæ, 1735.
- PINARD. — Guide pratique de l'accouchement.
- PREVOST. — Le nu, le vêtement, la parure.
- PROUST. — Traité d'hygiène.
- RASMUSSEN. — Centralblatt f. méd. Wiss, 1887.
- RATTIER. — Encycl. des gens du monde, art. corset.
- REISSER. — Sur les corps à baléine. Lyon, 1770.
- REVEILLE-PARISSE. — Gaz des Hôpitaux, 1872.
- ROBIN. — Observation sur l'usage de corsets.
Bul. de la Soc. d'Anthrop., 1889.
- RACIBORSKY. — De la puberté et de l'âge critique,
1844.
- RACINET. — Costumes historiques.
- RIBEMONT-DESSAIGNE. — Précis d'obstétrique.
- ROUX. — Rev. Suisse, 1890.
- ROTH. — De la guérison et de la prophyl., des maladies par le mouvement, 1879.
- ROUYER. — Etudes médicales sur l'ancienne Rome, 1859.
- SAINT-OLIVE. — Antiquité de l'usage du corset.
Gaz. méd. de Lyon, 1861.
- SAPPEY. — Traité d'anatomie.
- SERVIER. — Les impératrices romaines, 1872.
- SÆMMERING. — Ueber die Schædichhkeit der Schnürbrüste, Leipsig, 1788.
- STRUMPELL. — Ber Klin Wach, 1879.

TARDIEU. — Etud. méd. lég. sur l'avortement.

TESTUT. — Traité d'Anatomie.

TROLARD. — Note sur l'état biloculaire de l'estomac.

TYLICKA. — Du corset, ses méfaits, au point de vue hygiénique et pathologique. Th. Paris, 1899.

VAUGHAN. — An Essay Philos. and Méd. concerning modern Clothing. Londres, 1792.

VAYSSETTE. — Considérations sur l'usage prématuré du corset.

VAQUEZ. — Considérations sur l'hygiène du vêtement, 1888.

WINSLOW. -- Sur les mauvais effets de l'usage de corps à baleine, 1741.

WITKOSKI. — Histoire du corset, 1898.

ZIMSEN. — Ueber die physik Behandlung chronische. Magen 1888.

